

منهجيات العلاج النفسي

إعداد: شيراز محمد خضر

تعريب: فريق دار الأكاديمية للطباعة والنشر والتوزيـع



الطبعة الأولى

2022

منهجيات العلاج النفسي

مقدمة

تناولنا فيما سبق التعامل مع المرضى كأفراد، ويتعلق هنا بالجزء الخاص بالرعاية النفسية للسكان، ويتناول الاحتياجات والأقسام الخاصة بالسكان في الفئة العمرية من 18-65 (الأشخاص البالغين في سن العمل).

تم شرح الخدمات المقدمة للأطفال، والخدمات الخاصة بكبار السن، والخدمات الخاصة بالمرضى ذوي صعوبات التعلم. تعتمد منظومة الخدمات النفسية في أي دولة بصورة حتمية على منظومة الخدمات الطبية في تلك الدولة. سوف يتناول هنا الخدمات في المملكة المتحدة بصورة خاصة، ولكن تطبق المبادئ المتضمنة في هذه الخدمات بصورة واسعة.

يبدأ هنا بنبذة عن التطور التاريخي للخدمات النفسية، يتبعه شروحات للخدمات المتاحة الشائعة والمشاكل التي تواجه هذه الأقسام. وينتهي ببعض الابتكارات التي تم تصميمها للتغلب على هذه المشاكل.

The history of psychiatric services تاريخ الخدمات النفسية

حتى منتصف القرن الثامن عشر، لم يكن هناك حتى ثمة أقسام خاصة للمرضى العقليين في أوروبا، باستثناء تلك الموجودة بإسبانيا، حيث بعض المستشفيات التي كانت تمثل العصور الوسطى (شامبرلين Chamberlain، 1966)، وتعكس التأثير الإسلامي. كلٌ من المسيحية والإسلام نظر للمرض العقلي على أنه تدخل خارق للطبيعة. ترى التعاليم اليهودية- المسيحية أنه دلالة على استحواذ شيطاني و/ أو تأثيرات الخطيئة، ولكن في التعاليم الإسلامية لا يعني التدخل بالضرورة أن يكون نتيجة لأفعال مشينة أو ارتكاب الأخطاء. وقد كان الطب الإسلامي مهتماً بالاضطراب العقلي، وقد اهتم الطبيب العربي الرازي بالمرضى العقليين في بغداد في القرن العاشر الميلادي.

معظم المرضى العقليين في بريطانيا حتى منتصف القرن الثامن عشر عاشوا في المجتمع بمساعدة القوانين الخاصة بالفقراء أحياناً، أو أودعوا في السجن. قانون فجرانسي Vagrancy لسنة 1744 هو أول قانون ميز بين الفقراء المعدمين والمجانين، ووضع مادة لعلاجهم. تطورت "مستشفيات المجانين" الخاصة (والتي أطلق عليها لاحقاً مصحات) وقد أنشئت أساساً لمن يستطيعون دفع نفقاتها، ولكنها قبلت بعض الفقراء المعدمين الذين تدعمهم الأبرشيات التي ترعاهم (باري- جونز Parry-Jones, 1972) وفي أثناء نفس الوقت تقريباً تم تأسيس مستشفيات أو ملحقات صحية من خلال بعض المنافع الخاصة أو

الاشتراكات العامة. أنشئت المستشفى بيثيل The Bethel Hospital في نوريش Norwich في 1713.

وفي لندن أُنشئ ملحق صحي غريبي الأطوار بمستشفى جاي في 1728. وفي 1751 تم إنشاء مستشفى القديس لوقا كبديل لمستشفى بيت إلم Bethlem Hospitalالتي ازدحمت والتي بدأت كمعهد منذ 1247، ولكن تحولت بصورة حصرية لاحقاً "لمستشفى مجانين".

الإدارة الأخلاقية

أدى التنوير في نهاية القرن الثامن عشر إلى المزيد من الفهم العلمي التطبيقي والأقل نظرياً للجنون. أدى هذا المدخل العقلاني إلى زيادة الاهتمام العام في العديد من الدول بالمعايير الفقيرة للمعاهد الخاصة والعامة، والتي تشمل الجهود المبذولة لتحسين الرعاية المقدمة للمرضى العقليين. يأتي في المقدمة ما فعله فيليب بينل Philippe Pinel في لفتة تاريخية عام 1793 حين فك سلاسل المرضى ومهّد لتغييرات أخرى تجعل رعاية المرضى أكثر إنسانية، وقد اقترح ويليام توك William Tuke رجل العمل الخيري من كويكر Quaker وهو أحد رواد العمل الخيري، اقترح أفكاراً أخرى لإعادة التشكيل الذي أسس دار الاعتكاف Retreat في يورك 1792، وفر مركز الاستشفاء محيطاً مُبهج وتسهيلات كافية للإشغال والترفيه، واستند العلاج على إدارة 'أخلاقية' (أي اجتماعية) تتألف من العطف والهدوء، وممارسة نشاط. وقد أقر كلٍ من توك وبينيل على حد سواء أنه بالرغم من الجنون، إلا أن المرضى لا يزال بإمكانهم الاستجابة مثل غيرهم من البشر. وهو ما يتناقض مع النهج السلطوي السابق الذي كان يهدف ببساطة إلى

السيطرة على المرضى عندما كانت العلاجات الطبية (عادة النزيف وتطهيره) كانت هامشية بالنسبة لروتين الرعاية للجنون. وصف صموئيل توك Tuke Samuel، حفيد ويليام توك William Tuke، نظام دار الاعتكاف الخاص بهم في كتاب وصف دار الاعتكاف (1813)، والذي تم النقل عنه في عدة دول، وأصبح واضحاً أن العديد من المرضى المصابين بأمراض عقلية يمكنهم ممارسة ضبط النفس ولم يتطلب الضبط النفس أي تقييد أو عقاب جسدي.

حركة مصحات العلاج النفسي The asylum movement

في أوائل القرن التاسع عشر لم يتلق أغلب المرضى العقليين أي رعاية وعاشوا كالمتشردين أو كمساجين في الإصلاحيات والسجون. أدى الاهتمام العام بشأن رفاهية المجانين في الإصلاحيات والسجون وبعض مستشفيات المجانين الخاصة إلى قانون مصحة المقاطعة لسنة 1808، الذي ينص على بناء مستشفيات الأمراض العقلية في كل مقاطعة من المقاطعات الإنجليزية. مع ذلك، كان قانون المجانين 1845 هو الذي تطلب بناء واحدة في كل مقاطعة، في البداية كانت المصحات الجديدة الصغيرة وقدمت معاملة جيدة في نطاقات واسعة. وقد تم تأييد الإدارة الأخلاقية بقوة، في "حركة عدم التقييد '، التي كانت قد بدأت مع عمل جاردنر هيل Gardiner Hill في مصحة لينكولن Lincoln في عام 1837، وقد تم تأسيسها من قبل جون كونولي John Conolly في مقاطعة ميدلسكس Middlesex، وهانويل Hanwell، في عام 1845، قاموا بإزالة جميع القيود المادية (وهي ممارسة اتسمت بها الرعاية الصحية النفسية في المملكة المتحدة منذ ذلك الحين).

للأسف، أسفرت هذه الاتجاهات المبكرة إلى نهج أكثر تقييداً، تم نقل المزيد والمزيد من المرضى من المجتمع والسجون للمصحات الجديدة. وتلاشى التفاؤل الأولي حول قابلية الشفاء من الخلل النفسي مع تراكم الحالات المزمنة وزيادة التركيز على الأسباب العضوية والوراثية. تزايدت المصحات بسرعة في الحجم، مصحة (دار اعتكاف) يورك كان بها ثلاثين مريضاً، وكان بكل مصحة من المصحات الـ 16 البريطانية الأولى 100 مريض بكلٍ منها، وكان متوسط عدد المرضى بكلٍ منها 300 مريض بحلول عام 1840، و540 مريض عام 1870، و960 عام 1900. وتم إيواء بعض المرضى الذين يعانون من مرض مزمن في ملاحق منفصلة أو في منازل مثل المصحات. أعادت مستشفيات أخرى المرضى إلى المجتمع إما عن طريق إلحاقهم مع عائلة (شكل من أشكال الرعاية التي تمت ممارسته بنجاحٍ كبير في جيل Gheel في بلجيكا)، أو عن طريق إعادتهم إلى الإصلاحيات. شعر مفوضو شئون المرض العقلي، الذين يتمثل دورهم في الإشراف على رعاية المرضى عقلياً، شعروا بالقلق من أن هذه الترتيبات قد تؤدي إلى الإساءة، وقد عارضوا هذا. ومع ذلك، فقد قدمت مصحات القرن التاسع عشر، وحتى عندما كانت مكتظة، قدمت مستوى من الرعاية للمصابين بأمراض عقلية والتي كانت تفتقر إليها أماكن أخرى. وبالتالي تمت المرضى العقليين من الاستغلال، وحصلوا على المأوى والغذاء والرعاية الصحية العامة، وكل ذلك دون تكلفة.

مع تزايد الحجم، وازدياد الزحام، ونقص الموظفين، كان هناك تركيز أقل على المعاملة الأخلاقية، وتم تأييد التغيير لنظام احتجازي أكثر صرامة من قانون الجنون

1890، الذي فرض قيوداً على الدخول والخروج من المستشفى، وقد نتج قانون الجنون البيروقراطي الجامد 1890 عن سنوات من الاحتجاز غير المبرر، ولكنه أعاق التنمية النفسية البريطانية لمدة قرن تقريبا نصف. فيما يتعلق بالمستشفيات النفسية في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية في القرن التاسع عشر، انظر جونز Jones (1992) وروثمان Rothman (1971).



ترتيبات العلاج المبكر

Arrangements for early treatment

وفر افتتاح مستشفى مودسلي Maudsley Hospital في عام 1923 خدمة العيادات الخارجية والعلاج التطوعي للمرضى المقيمين في الجوار المحيط حيث يتم إجراء التدريس والبحث. في السنوات ما بين الحربين تزايدت المحفزات من أجل التغيير. وقد أبطل قانون المعاملة العقلية 1930 Mental Treatment Act العديد من القيود على تسريح المرضى الذين فرض عليهم قانون الجنون عام 1890. وسمح للمصحات العقلية بالإقليم بقبول المرضى طواعية، وغير مصطلح "المصحات العقلية" 'asylum' إلى "مستشفى الأمراض العقلية"'mental hospital' ومصطلح 'مجنون' إلى "المريض النفسي" المقبول طواعية. كما شجع قانون 1930 السلطات المحلية لإعداد العيادات الخارجية وإنشاء مرافق للرعاية اللاحقة. مع توافر التفاؤل العلاجي، الموجود بالفعل بعد علاج الملاريا الناجح لفون ياوريغ Jauregg لمرض الزهري الدماغي، وتزايد أكثر مع إدخال علاج غيبوبة الأنسولين (ترك في وقت لاحق) والعلاج بالصدمة الكهربائية. وقد بذلت جهود لتحسين الأوضاع في المستشفيات، بفتح العنابر التي أغلقت سابقا، وتشجيع الأنشطة المهنية. كما حدثت تغييرات مماثلة في بلدان أخرى. وفي معظم البلدان، توقفت هذه الإصلاحات بحلول الحرب العالمية الثانية. وأصبحت مستشفيات الأمراض النفسية تعاني من نقص الموظفين حيث تم توظيف الأطباء والممرضات في المجهود الحربي، وأصبحت مكتظة كما كان يجب إجلاء البعض لرعاية جرحى الحرب (Crammer، 1990). وفي ألمانيا، مات الكثير

من المرضى النفسيين في فترة برنامج تحسين النسل المخزية في تاريخ هذا البلد الذي كان في طليعة التقدم المحرز في علاج الأمراض النفسية في القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين (بيرلي Burleigh، 2000).

الطب النفسي الاجتماعي وبداية من الرعاية المجتمعية

Social psychiatry and the beginning of community care

بعد الحرب العالمية الثانية، أدت العديد من التأثيرات لمزيد من التغييرات في مستشفيات الأمراض النفسية. وقد أصبحت التوجهات الاجتماعية أكثر تعاطفا إزاء الأشخاص المحرومين. وفي أوساط الأطباء النفسيين فإن الخبرة في زمن الحرب الناتجة من علاج "عصاب المعركة" شجعت على الاهتمام بالعلاج المبكر للاضطرابات العقلية، واستخدام العلاج الجماعي وإعادة التأهيل الاجتماعي. في المملكة المتحدة، قادت هيئة الخدمات الصحية الوطنية عمليات إعادة التنظيم العام للخدمات الطبية، بما في ذلك الطب النفسي. وقد جعل إدخال الكلوربرومازين؛ فئة من الأدوية المستخدمة في علاج الفصام، في عام 1952 من السهل السيطرة على السلوك المضطرب للمرضى الذين يعانون من الذهان. فقد أصبح من الممكن فتح العنابر التي تم إغلاقها (على الرغم من أن بعض المستشفيات قد فعلت ذلك قبل أن تصبح هذه العقاقير المتاحة)، لإشراك المرضى في الأنشطة الاجتماعية، وصرف أكثرهم للاندماج في المجتمع.

على الرغم من هذه التغييرات، تواصلت الخدمات لتتركز في مواقع محددة، غالبا ما تكون بعيدة عن المراكز السكانية. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، تعرض جوفمانGoffman (1961) بوضوح للآثار الضارة لمثل هذه " المؤسسات ككل". ووصف حالة اللا آدمية وعدم المرونة، والأنظمة الاستبدادية التي تعمل على تآكل الهوية وكيف تنشأ الحالات المزمنة (الإزمان) من خلال هذا "الطابع المؤسسي". في المملكة المتحدة، أظهر، وينج Wing وبراون Brown (1970) كيف أن مستشفيات الأمراض العقلية الكبيرة تتميز ب "الفقر الاجتماعي" المؤدي إلى "الفقر السريري". وتم تقديم التأهيل الاجتماعي القوي لتحسين الأوضاع في المستشفى والحد من الآثار المترتبة على سنوات من العيش المؤسسي. وقد استخدمت العلاجات المهنية والعلاجات الصناعية لإعداد مرضى الإعاقات المزمنة للانتقال من المستشفى إلى ملجأ معد للإعاشة أو في السكن العادي (بينيت Bennett، 1983). وقد استجاب الكثير من مرضى الإقامة لفترة طويلة لهذه الأساليب الجديدة قوية. وكان هناك تفاؤل بأن المرضى الذين تم إدخالهم حديثا يمكن أيضا أن مساعدتهم بهذه الطرق.

وبعيدا عن المستشفيات، تم إنشاء وحدات يومية لدعم مواصلة العلاج وإعادة التأهيل، كما فتحت نزل لتوفير مساكن آمنة. وكنتيجة لكل هذه التغييرات، انخفض عدد المرضى في مستشفيات الأمراض النفسية بشكل كبير في المملكة المتحدة وغيرها من البلدان. بدأت التغييرات في وقت لاحق في الولايات المتحدة الأمريكية، مع استحداث المساعدات الطبية في عام 1965، ولكن بعد ذلك كان التقدم سريعا جدا. على الرغم من هذه التغييرات، ظلت الخدمات يرتكز مقرها في مستشفيات الأمراض العقلية الكبيرة التي كانت في كثير من الأحيان بعيدة عن منازل المرضى. كما أن دعم المرافق المجتمعية للمرضى الذين خرجوا حديثا غالبا لم يكن مواكبا للاحتياج الفعلي.

إغلاق المستشفيات Hospital closure

بعد النجاحات الأولية في تسريح الكثير من المرضى ذوي الطابع المؤسسي، كان من المتوقع أن المصحات العقلية قد تغلق ويحل محلها وحدات نفسية صغيرة في المستشفيات العامة، بدعم من المرافق المجتمعية. في معظم البلدان، تم برنامج إغلاق المستشفى بصورة تدريجية. وكانت إيطاليا هي الاستثناء الملحوظ، التي في البداية تخلفت وراء معظم الدول الأخرى ولكن في وقت لاحق حققت التغيرات السريعة. في عام 1978، أجاز البرلمان الإيطالي القانون 180، الذي يحظر القبول الفوري في مستشفيات الأمراض العقلية. فقد كان يهدف لإلغاء مستشفيات الأمراض العقلية تماما على مدى 3 سنوات واستبدالها بنظام شامل للرعاية المجتمعية. وكانت وحدات "تشخيص" الأمراض النفسية تقتصر على قبول لمدة 7 أيام حتى يتم التسكين في المستشفيات ومؤسسات الخدمات المجتمعية العامة ليتم تسكينهم حسب منطقة التجمع الملائمة. وقد استند هذا المسار التنفيذي على النمط العملي لفرانكو Franco Basaglia في مستشفيات شمال شرق إيطاليا، وعلى مقترحات الحركة المهنية والسياسية التي أسسها. هذه الحركة؛ الطب النفسي الديمقراطي Psichiatria Democratica- جمعت بين الرؤية السياسية اليسارية أن المرضى في مستشفيات الأمراض النفسية كانوا ضحايا الاضطهاد من قبل النظام الرأسمالي مع القناعة بأن المرض العقلي الشديد يستحث أكثر بسبب الظروف الاجتماعية عن الأسباب البيولوجية. وساعدت شخصية Basaglia المؤثرة (الكاريزمية)، مع ملكات القيادة (والزوجة التي كانت عضوا في مجلس الشيوخ الإيطالي) على النجاح في إصلاحاته. وقد وجد آخرون أن هذه

الإصلاحات أكثر صعوبة، وأن آثارها متباينة. حيث تم تمويل الإصلاحات بشكل كاف، ونفذت من قبل فريق متحمس (وخاصة في الشمال الشرقي)، وكانت التمويلات الجديدة ناجحة. ومع ذلك، في روما والجنوب كانت المرافق الجديدة غير كافية في كثير من الأحيان، وتمت مواجهة المشاكل (Fioritti وآخرون، 1997). وقد انتهى نظام مستشفى للأمراض العقلية الحكومي في 1989 (بورتي Burti، 2001).

وكانت وتيرة التغيير أبطأ في المملكة المتحدة وأماكن أخرى، ولكن نشأت مشاكل مماثلة. وقد كان الكثير من المرضى بحاجة إلى دعم مكثف مستمر، وكثير منهم تطلب إعادة قبول متكرر إلى المستشفى -بما يسمى "مرضى الباب الدوار". وكان على خدمات إعادة التأهيل ضبط توقعاتهم وتوفير الرعاية المستمرة. وقد حضر بعض المرضى الذين تم صرفهم يوم المستشفيات لسنوات دون أن يظهروا مزيدا من التحسن (جت Gath وآخرون، 1973). وكانت التوقعات المبكرة عن اللامؤسسية؛ فكرة التحرر من المؤسسات، مفرطة في التفاؤل بشكل واضح. وقد اعتمدت هذه السياسة من 'الرعاية المجتمعية" لتطوير دعم مجتمعي أكثر ملاءمة.

صعود الرعاية المجتمعية The rise of community care

بإغلاق المستشفيات، حصلت الخدمات النفسية المجتمعية على ثلاثة من المسؤوليات. كان أولها تقديم العلاج لأولئك الأفراد الذين يعانون من مرض عقلي شديد الذين سبق أن بقوا في المستشفى لسنوات عديدة. والمسئولية الثانية تقديم المساعدة لخدمات الرعاية الصحية الأولية في الاكتشاف والوقاية، والعلاج المبكر للاضطرابات النفسية الأقل حدة. والمسئولية الثالثة تتمثل في علاج الاضطراب النفسي الحاد الشديد بأقصى حد ممكن دون مكوث مطول بالمستشفى، وفي أقرب وقت ممكن يعود المريض إلى منزله. وقد كانت الخدمات شاملة، لتوفير استمرارية الرعاية، والتي تقدمها فرق متعددة التخصصات.

وكان إطار هذه الخدمة المقننة "sectorized" قد وضع بموجب قانون الصحة العقلية 1959 في المملكة المتحدة. هذا القانون يلزم المستشفيات بتوفير العيادات الخارجية لمتابعة مرضاهم المسرحين، ومطلوب أيضا إشراك الخدمات الاجتماعية في كل من الإلحاق الإجباري ودعم المجتمع المحلي. لذا كانت الخدمة المحلية على درجة عالية من "التقنين sectorized" ضرورة عملية لعمل مشترك فعال.

وقد تم تطبيق هذه المبادئ العامة مختلفة نوعا ما في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية. في المملكة المتحدة، تم التركيز في البداية على دعم المرضى الذين خرجوا من المستشفى برعاية على المدى الطويل. في الولايات المتحدة، تم إيلاء مزيد من التركيز على الوقاية والعلاج المبكر للاضطرابات العقلية كوسيلة لتجنب قبول المرضى بالمستشفيات. أنشأ قانون الرئيس كنيدي لمراكز الصحة النفسية (1963) المراكز الصحية المجتمعية النفسية (CMHCs) المزودة

بالعديد من التخصصات. أتاحت هذه المراكز الرعاية النفسية والاجتماعية، مع التشديد على التدخل في الأزمات وعلاج الاضطرابات الحادة، والاضطرابات النفسية التي غالبا ما تكون طفيفة نسبيا. لم يكن لديهم تسهيلات واسعة، لذلك وأصبح المرضى الذين يعانون من مرض عقلي مزمن وحاد (الذين نادرا ما تتوافر لهم الرعاية الحثيثة) مهملين. وقد طورت المراكز الصحية المجتمعية النفسية (CMHCs) نهجا بديلا نوعا ما من يضاد النهج الطبية، مما أدى إلى صعوبات في تعيين واستبقاء الأطباء النفسيين (وآخرونTalbott 1987). وهذا أيضا حد من قدرتهم على رعاية المرضى الخلل الذهاني الشديد. وقد نما عدم الرضا عن تلك المراكز حيث وجد الأشخاص الذين تم صرفهم من مستشفى الرعاية على المدى الطويل طريقهم إلى مستشفيات خاصة أو السجون، أو انضموا إلى عدد السكان المشردين من المدن الكبيرة (غولدمان Goldman وموريسي Morrisey، 1985).

في المملكة المتحدة وأماكن أخرى، تطورت بعض مبادئ متفق عليها بشأن الخدمات المجتمعية من هذه التجارب المبكرة:

• الحد من رعاية المرضى الداخليين. الإيجاز في حالات دخول المرضى المستشفيات بقدر الإمكان، وكان للقبول في وحدات الطب النفسي في المستشفيات العامة بدلا من مستشفيات الأمراض النفسية. كلما كان ذلك ممكنا للتطبيق، وكان الناس تتم معاملتهم على أنهم مرضى خارجيين أو مرضى اليوم الواحد.

• توفير التأهيل في وقت مبكر. وكان الهدف من ذلك هو حماية وربما تحسين الأداء المتبقي ومنع المزيد من التدهور.

• الفرق متعددة التخصصات. كانت الرعاية تقدمها فرق، عادة ما تتألف من الأطباء النفسيين والممرضين المجتمعين، وعلماء النفس السريري، والأخصائيين الاجتماعيين، وغالبا ما يكون العمل بالتعاون مع أعضاء الجماعات التطوعية.

• الإصلاح القانوني. أدخلت قوانين جديدة (مثل قانون الصحة العقلية 1983 وتعديلاته عام 2007 في إنكلترا وويلز) للحد من استخدامات العلاج الإلزامي، ولتشجيع بدائل لرعاية المرضى الداخليين، وتعزيز حقوق الفرد.

وبزيادة الخبرة بعد ان بدأت الإصلاحات، أدخلت الميزات الإضافية التالية:

• حزم العناية بناء على تقييم احتياجات كل مريض.

• إدارة الحالة حسب المسمى، العامل المدرب في مجال الرعاية السريرية هو الذي يقود وينسق أعمال الآخرين المشاركين في الرعاية.

• انخراط العضو. كان المعنيون بالخدمة يشاركون على نحو متزايد في التخطيط لكلا العلاج الخاص بهم والخدمات المقدمة للسكان.

• التوعية باتخاذ هذه الخدمات للأشخاص الضعفاء الذين قد يجدون صعوبة في التعامل مع الرعاية التي يتم تقديمها، وترتيب المتابعة.

• إجراء تقييم المخاطر بشكل منتظم، وبصورة أكثر رسمية كجزء من خطة الرعاية. وقد ساهمت هذه التطورات في الوصول إلى النمط الحالي للخدمات.

مكونات خدمة الصحة العقلية

منذ الستينات إلى منتصف الثمانينات، بناء على أساس توافق الآراء المهنية. في الثمانينات، انتشر الاهتمام في الطب القائم على الأدلة إلى بحوث خدمات الصحة العقلية. كان هذا النهج دوليا وقد زاد وتيرة التغيير بصورة كبيرة. المكونات الأساسية لمعظم الرعاية الصحية، ألا وهي عنابر المرضى والمستشفيات اليومية وفرق الصحة العقلية في المجتمعCMHTs))

لم تكن موضوعات للبحث، ولكنهم كونوا أنفسهم رغم ذلك وأثبتوا وجودهم وصمدوا، وكانت أحدث الفرق المتخصصة للغاية (فرق التوعية الحازمة وأزمة القرار/ فرق العلاج المنزلي وبدايات خدمات (الذهان) المبكرة) كانت البحوث ذات السياسات وذات توجهات. ربما من السابق لأوانه التعليق على دورهم في المستقبل. ما يلي هو وصف للخدمات في المملكة المتحدة والتي تتناول البحوث والأدلة الدولية حيثما يكون ذلك مفيداً أو ذو صلة. تدخل دائرة الصحة الوطنية مرحلة يحتمل أن تكون مرحلة تغيير عميق، ويتنبأ لها بالقدرة على الاتساق للخدمات ومن المرجح أن يكون تغييرا ملحوظا أثناء العمر الافتراضي لهذا الكتاب ..

عنابر المرضى الداخليين inpatient **wards**

لا توجد خدمة شاملة يمكنها الصمود دون وجود الإشراف التمريضي طوال ال 24 ساعة للنوبات الحادة من المرض الشديد. المثير للدهشة، أنه غالباً ما يتم إهمال أجنحة المرضى الداخليين في وصف الخدمات الشاملة. أنها تخدم المرضى المعرضين لخطر الإهمال أو الانتحار، وأولئك الذين يفتقرون إلى التبصر أو الإدراك. وعادة ما تستوعب العنابر 10 – 20 مريضا. من النادر إمكانية الإدارة والتشغيل بكفاءة لوحدات قائمة بذاتها لأقل من ثلاثة إلى أربعة أقسام مثل (30-60 سريراً). يقصر القانون الإيطالي الشهير رقم ١٨٠ عنابر المرضى على 15 مريضاً. ويعد هذا هدفا دوليا عاما (برنز Burns ١٩٩8) حجم العنبر هو مفاضلة بين الخصوصية والحياة المنزلية من جهة والإشراف الفعال من جهة أخرى. الغرف الفردية لها الأفضلية، كما أنها تحمل أقصى قدر من الخصوصية، وعلى الرغم من أنها مكلفة منذ البداية، إلا أنها تحسن المرونة وقد ثبت أنها تقلل الصراع إلى بصورة كبيرة .

أدى الاهتمام الحرص على سلامة وخصوصية المرضى الإناث إلى أن تتطلب الحكومة وجود عنابر موحدة الجنس، يعكس هذا التطور الذي حدث في الستينيات والسبعينيات غير-القابلة للتفاوض، حتى ولو أنها قد تجاوزتها زيادة توافر وحدات السكن ذو الحمامات الملحقة.

هناك وحدات أصغر حجماً وأكثر مرونة، مثل 'منازل الأزمة' تقدم الرعاية طوال ال 24 ساعة وهي تكملة مفيدة لعنابر المرضى الداخليين. ومع ذلك، فليست بديلاً لها، وفي محاولات اتخاذها بديلا عنها أدت إلى ارتفاع معدل نقل المرضى إلى وحدات العناية المركزة الأمراض النفسية (PICUs) بصورة غير مقبولة. وقد حدث تحسن واضح في تصميم وإدارة العنابر.

وتركز الرعاية المجتمعية على وضع المرضى غير الواعين والمضطربين بهم.

استمرار المسئولية Continuity of responsibility

مسئولية نفس الفريق الطبي نحو كل من المجتمع والمرضى شيء غير معتاد فيما عدا المملكة المتحدة وإيطاليا، حيث أنها قد قدمت فترات الإقامة بصورة لافتة للنظر مع تحسين إدارة الغرف والأسرة.

تعد الاستمرارية أمرا صعبا مع السكان المتفرقين ومتزايدين حتى في المدن التي يتولى فيها كل فريق عددا أقل من المرضى. يضمن فريق منفصل للمرضى الداخليين مستويات أفضل من المعايير، ولكن مع مخاطرة استخدام مناهج متباينة (مثلاً فريق المرضى الداخليين' نموذج طبي 'وفريق' العلاج النفسي 'مجتمعي)

لقد أصبح شائعا في المملكة المتحدة، لأسباب غير واضحة ولكن قد تتضمن مشاكل العنابر والاضطرار إلى قبول التعامل مع فريق آخر، أدت إلى الانتقال لعنابر موحدة الجنس والفريق المختص إلى وجود مريض أو اثنين في العنبر .وعززت المسؤولية المنتشرة وتنظيم جولات متعددة بكل عنبر التغيير، لكن ليس بدون تكلفة (بيرنز Burns،2010)

يبدو أن ثمة تعارض بين توقعات استمرار المسئولية العلاجية بقانون الصحة العقلية لسنة ١٩٨٣، والتعديل الذي تم إدخاله سنة ٢٠٠٧ خصيصاً والذي يتيح العلاج الإجباري في المجتمع من خلال تقديم أنظمة علاجية تحت إشراف مجتمعي SCTOs)والتي يشار إليها دائماً" أوامر المعالجة المجتمعية " أوCTOs ، السؤال المطروح هو من ينبغي عليه اتخاذ القرار؛ الخبير الاستشاري للمرضى الداخليين أم الاستشاري المجتمعي).

رعاية المرضى الأطول وقتا Longer inpatient care

تقبل عنابر المرضى الداخليين ذوي الحالات الحادة المرضى لمدة أسابيع أو بضعة أشهر، مع توقع الإخلاء السريع .ويتطلب بعض المرضى خدمة ورعاية آمنة لوقت أطول، إما بسبب شدة المرض أو لأسباب قانونية، وبالتالي يتم تقييد أجنحة التأهيل الحديثة عموما للمرضى الذين يعانون من استمرار السلوك غير المقبول .

الأجنحة المختصة بالتشخيص**Diagnosis**-specific wards

تعد الأقسام المختصة بالتشخيص أو الاضطرابات نادرة نسبيا في المملكة المتحدة، بينما تم إنشاء أجنحة منفصلة للكحول وتعاطي المخدرات في الدول الإسكندنافية ووسط أوروبا منذ وقت طويل، العنابر المخصصة لمشاكل محددة ومتخصصة مثل فقدان الشهية العصبي أو مرض الفصام العنيف تقدم نظم محددة للغاية .وهذه عادة تكون على مستوى إقليمي، وتكون مضافة إلى أجنحة الحالات الحادة وليست بديلا عنها .قد يؤدي التركيز الحالي على تنظيم الخدمات على مسار 'سبل الرعاية 'خدمات أكثر تخصصا للمرضى الداخليين، ولكن من المبكر جداً معرفة ما إذا كان هذا سيحدث .

الرعاية النهارية (الصباحية)

تقدم الرعاية النهارية في المستشفيات ومراكز اليوم الواحد، ولا يوجد فرق واضح بينهم، توفر المستشفيات الصباحية من قِبَل المراكز الصحية عامة، وتتضمن الهيئة الطبية والتمريض، ويمكن أن تقدم العلاج (مثل الوصفة الطبية ومتابعة الدواء، والعلاجات النفسية). أما المراكز اليوم الواحدة فتقدمها الخدمات الاجتماعية والمنظمات التطوعية، ونادراً ما تقدم علاجات محددة أو توظف هيئة طبية مدربة. ومع ذلك، تختلف الخدمات وفقا للسياق المحلي. قد توفر مركز رعاية صباحي تطوعي التقييم والعلاج للأمراض النفسية في مناطق الحراك الاجتماعي المرتفع والتشرد. وبصفة عامة، تقدم المراكز الصباحية دعماً اجتماعياً طويل الأمد، وتقدم المستشفيات الصباحية تدخلات وعلاجات مركزة (كاتي 2005 Catty et al).

وقد قُدمت المستشفيات الصباحية للحالات الحادة في أوروبا وخدمات الاستشفاء الجزئية في الولايات المتحدة بقوة كبدائل مقبولة واقتصادية لرعاية المرضى الداخليين (مارشال 2003)، ولكن لم يكن لها تأثير يُذكر. ولم تحقق المستشفيات الصباحية الأهمية المتوقعة في المملكة المتحدة، بعد أن ربما تجاوزتها حيث أصبح فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHTs أشمل. حيث أنها تخدم فئات محددة جيدا (على سبيل المثال الأمهات مع الأطفال الصغار، واضطرابات الأكل، أو مشاكل شخصية). من الصعب تنظيم الرعاية الصباحية في المناطق الريفية.

الإقامة المعتمدة والرعاية الداخلية Supported accommodation and residential care

يتعمد مدى خدمات المرضى الداخليين على الاتصال المحلي بأماكن الإقامة الأخرى الخاضعة للإشراف. يظل المرضى بحالة جيدة خارج المستشفى فقط مع الدعم الكافي والإقامة المستقرة، وبأسعار معقولة. قد تكون هناك حاجة إلى إشراف لضمان الرعاية الذاتية استمر الدواء، وتوقع وعلاج الأزمات. ويمكن أن تقدمها الوكالات التطوعية، والخدمات الاجتماعية، والخدمات الصحية. تميل الوكالات التطوعية إلى أن تكون أكثر كفاءة في توفير الرعاية السكنية على المدى الطويل (ناب Knapp et al. 1999) ولكنها كان غير مهيئ لقبول المرضى الخطرين. يعمل الاقتصاد المختلط بشكل أفضل.

عيادات المرضى الخارجيين

يقوم الأطباء النفسيون بتقييم المرضى، وتقديم المشورة لهم والمشيرين بهم وتوفير العلاجات .تعد لعيادات القائمة على التمويل الحكومي أمرا نادرا، حيث أن معظم الأطباء المهرة في العيادات الخارجية أو فرق الصحة العقلية .ربما لا يزال الأطباء النفسيين وعلماء النفس يعملون بشكل مستقل داخل العيادات الخارجية، ولكن مع اتصال بالموارد الداعمة والآراء الثانية .قد تعمل العيادات الخارجية إما جنبا إلى جنب مع فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHTs ، أو كجزء منها، وتعمل كأفضل ما يكون في المرض الشديد عندما تتكامل مع CMHTs فرق الصحة النفسية المجتمعية (رايت Wright et al ٢٠٠٤)، وتقوم العيادات بتقديم بنية فعالة لتقييم ورصد التقدم المحرز في العلاج .

فرق الصحة العقلية المجتمع المتعدد التخصصات

Multidisciplinary community mental health teams (CMHTs)

يتألف معظم مجتمع خدمات الصحة العقلية من أشكال متنوعة من التخصصات CMHT. كممرضات عملوا فترة طويلة خارج المستشفيات (مثل القابلات والزائرات الصحيات)، وقد قاموا بزيارات منزلية النفسية منذ الخمسينات .وقد أصبح هناك تواجد متزايد للأخصائيين الاجتماعيين وعلماء النفس، والمعالجين المهنيين في فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHTs، يختلف التوظيف في هذه الفرق دوليا، إلا أنهم جميعا يعقدون اجتماعات منتظمة لتقييم واستعراض التعامل مع المرضى .هذه المراجعات تجمع كل وجهات النظر التخصصية المتنوعة وتوزع المهام طبقاً لمهارات الهيئة الطبية وما يحتاجه المريض .وقد وضع في فرنسا والمملكة المتحدة لتوفير الدعم النفسي، وقد تم تعديلها في إيطاليا، وقد فعلت كذلك في أمريكا الشمالية وأستراليا .

القطاع العام لفرق الصحة النفسية المجتمعية CMHT، الفئات المستهدفة

فرق الصحة النفسية المجتمعية هو اللبنة الأساسية لخدمات الصحة العقلية في المجتمع الحديث، فقد نشأت كمناطق تجمع في مستشفى للأمراض العقلية) التي غالباً ما تغطي كامل مدينة أو مقاطعة، وقد تم تقسيمها إلى قطاعات٥٠٠٠٠-١٠٠٠٠٠ نسمة للسماح بالرعاية المستمرة، و يوفر التقييم والرعاية للمرضى الذين خرجوا من وحدات الطب النفسي والمرضى الذين يحتاجون إلى مزيد من الدعم مما يمكن أن تقدمه الرعاية الصحية الأولية، يتراوح حجم القطاع الحالي في أوروبا الغربية ما بين ٢٠٠٠٠ – ٥٠٠٠٠ من السكان، يحدد تبعا للموارد (يقل الحجم كلما زاد الاستثمار) والتكوين المحلي، كلما تم إنشاء فرق متخصصة أكثر، كلما تم تضييق نطاق تخصص فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHT وزيادة حجم القطاع.

يعطي فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHT الأولوية للأفراد المصابين بأمراض عقلية شديدة(SMI severe mental illnesses) ، مثل الذهان والاضطرابات العاطفية الحادة .ومع ذلك، التشخيص ليس كل شيء فالمضاعفات الناتجة عن محن اجتماعية، أو صعوبات شخصية، أو إساءة تعاطي المواد المخدرة تجعل الرعاية الصحية العقلية الثانوية ضرورية حتى بالنسبة للاضطرابات التي تبدو 'طفيفة .'وقد تم تطوير عدة أدوات لتوضيح نقطة البداية هذه (سلايد ٢٠٠٠ Slade et al)، ولكنها محدودة الاستخدام، ومعظم الفرق تعتمد على

التقييمات السريرية. في البلدان ذات الرعاية الخاصة المحدودة، مثل المملكة المتحدة، تقوم فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHT أيضا بعلاج الاضطرابات الخفيفة والعابرة .

التوظيف والإدارة

يتراوح عدد العاملين ب فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHT من 5 أو 6 لما يزيد على 15 من الموظفين المتفرغين، ويركز على مشاركة المهارات ودرجة من العمل العام، وقد تطورت بأسلوب ديمقراطي غير رسمي (بيرنز، Burns 2004)، يقوم كبار الأطباء النفسيين مبدئيا بتوفير القيادة العلاجية، ومع زيادة عدد الموظفين وتعقد العلاج، حينها يقوم مديرو الفرق بتنسيق أعباء العمل ، ليس هناك إجماع على حجم دورهم، والتي يمكن أن تتراوح من إدارة بحتة لتحديد الأولويات العيادية والإشراف على الموظفين، يقوم مدير الفريق الطبي النشط عادة بتخفيض عدد الحالات التي يعالجها، إن كان هناك انفصال بين القيادة الطبية وفريق الإدارة) وهو أمر شائع إذا كان هناك حضور طبي قوي (فهناك ضرورة لتحديد الأدوار بشكل جيد وتوضيح العلاقات.

عمليات التقييم

مفتاح الرعاية الجيدة هو التقييم الدقيق، وتختلف فرق الصحة النفسية المجتمعية في كيفية تقديم هذا .بشكل عام، الأطباء النفسيون هم المسؤولون عن إجراء تقييم أولي(في كثير من الأحيان في العيادة الخارجية) مع إشراك أعضاء الفريق في العلاج، بصورة متزايدة، يأخذ أعضاء الفريق الآخرون دورا في التقييمات، سواء بصورة فردية أو بالاشتراك مع الطبيب النفسي، هذه المسألة تولد آراءً قوية، ولكن الكثير للدهشة أنه لم يكن هناك بحوث تذكر في ذلك، وتشير إحدى الدراسات أن عمليات التقييم المشتركة بمشاركة الطبي قد تكون ذات كفاءة عالية (بيرنز، ١٩٩٣Burns)، مع رعاية صحية أولية على درجة عالية من التطور، قد يكون التقييم غير الطبي فعالا، لكن على خلاف ذلك الوقت الطبي يجب أني يكون ذو أولوية .بالنسبة للمرضى المصابين بأمراض أشد، والتقييمات المنزلية تعطي فوائد كبيرة (شتاين Stein وتستTest، 1980 ؛ بيرنز وآخرونBurns et al ، (1993a.

إدارة الحالة Case management

يعمل معظم العاملين بفرق الصحة النفسية المجتمعية CMHT كمديرين للحالات العيادية (انتاجليتا Intagliata 1982؛ هولواي وآخرون Holloway et al، 1995) وتحمل المسؤولية الرئيسية عن التسليم، والتنسيق، واستعراض الرعاية لعدد المرضى المتفق عليه. شملت الأشكال المبكرة من إدارة الحالات أفراداً تلقوا تدريباً محدودا في مجال الصحة العقلية، ويعملون في عزلة، وكانت النتائج ضعيفة (مارشال وآخرون Marshall et al، 2001). حاليا يقوم مديرو الحالات العيادية بتوفير الرعاية المباشرة لبناء علاقة ثقة وتوفير العلاج والاستمرارية للمرضى ذوي الاحتياجات المعقدة. كما يقومون باستخدام موارد الفريق كاملة. تقتصر الحالات التي يتابعها أعضاء فريق العمل على عدد محدود (عادة 15-20)، والمتابعات منهجية ومسجلة. وهو ما قد تم إضفاء الطابع الرسمي له بالمملكة المتحدة باسم منهج برنامج الرعاية (وزارة الصحة، 1990)، الأمر الذي يتطلب تسمية مدير للحالة (تسمى منسق الرعاية) ووثيقة تسمى خطة الرعاية، الذي يسجل احتياجات المريض أو مشاكله، والتدخلات المقترحة لها، ومن المسؤول عن كل منها، بالإضافة إلى موعد المتابعة المتفق عليها.

وغالبا ما تكتمل خطط الرعاية بخطة تقييم المخاطر والطوارئ (الأزمة). وهو ما لا ينبغي أن يزيد عن أكثر من صفحتين، ولكن مطلوب اليقظة لمنعها من أن تصبح مثقلة بالتفاصيل الإدارية التي تحجب الغرض العلاجي، مثل هذه المستندات

البسيطة يمكن أن تتكيف مع أي خدمة إن كانت منظمة هيكلياً. أنه يفي بالدور التنسيقي الحيوي في الرعاية المعقدة، ويوفر التركيز الطبيعي للمراجعات العلاجية. تكمن قيمة هذه الوثيقة (كما هو الحال مع تقييم المخاطر وخطة طوارئ) في إيجازها. وتعد كثرة المعلومات محفوفة بالمخاطر بقدر قلتها، ويجب أن يحدد مستوى التفاصيل طبياً (وليس إدارياً).

اجتماعات الفريق

تعقد فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHTدائما اجتماعاً أسبوعياً واحداً وأحياناً اثنين لكلٍ من الشئون العيادية والأعمال الإدارية، وتستغرق هذه الاجتماعات ما بين ساعة إلى ساعتين وتختلف مستويات ترتيب التفاصيل، يستغرق إحالة الحالات، وتحديد الجهة التي ستقوم بتقييم المرضى الجدد إلى 10 دقائق فقط في بداية الاجتماع الروتيني، أو يمكن ببساطة أن تفوض لعضو بارز لاتخاذ قرار.

يمكن توزيع الحالات لمن يحضر الاجتماع لأول مرة، أو عن طريق مطابقة مشكلة طبية مع المهارة والتدريب المتاح. ومن الجدير بالملاحظة كم عدد فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHTالتي تفشل في أن يكون هناك جدول زمني متفق عليه للتقييمات الجديدة (كما هو معتاد في العيادات الخارجية). يتم توفير الكثير من الوقت إذا كان كل عضو لديه نموذج تقييم منظم متفق عليه "خانات". حينئذٍ

ليست هناك حاجة إلى "تنسيق أجندة عمل يومية" للتقييم المشترك، ويمكن للمرضى الحجز مباشرة في المنافذ المتاحة إذا كان هناك عضو غير موجود أثناء توزيع الحالات. إن إمضاء الوقت لمناقشة توزيع الحالات (وبخاصة عندما يكون هناك "اجتماع الإحالة للحالات') قبل التقييم غير لا يُجدي، ومعظم الفرق التي تم توظيفها بشكل جيد تؤدي هذه المهمة.

مراجعة المرضى Patient reviews

مراجعة المرضى ضرورية للمرضى الجدد، والمتابعة الروتينية والأزمات، وتصاريح الخروج، ويمكن أن تتراوح من مجرد الإبلا غ عن المشكلة والعلاج المقترح في الحالات غير المصحوبة بمضاعفات، وحتى والمؤتمرات التنظيمية متعددة الحالات والتخصصات المفصلة، والتي يمكن أن تشمل الخدمات الأخرى (على سبيل المثال طبيب عام، والإسكان، وحماية الطفل). مراجعة المرضى الجدد لها أهمية خاصة لإعطاء نظرة عامة وخبرة واسعة، لا سيما إذا كان يتم توزيع التقييمات من خلال الفريق. كما أنها تضمن توزيعاً عادلاً وعقلانياً للحالات. وغالبا ما يتم تجاهل المراجعة الروتينية، ولكن قد تكون أهم استعراض لكفاءة فريق. لأنها تشكل وتعيد توجيه العلاج وتحدد المرضى المستعدين لمغادرة المستشفى. ويتم رصد العبء على الموظفين بانتظام. والمتابعة الروتينية هو شرط قانوني لمنهج برنامج الرعاية، والممارسة جيدة في إدارة كل الحالات. مراجعات الأزمات غير مدرجة بجدول زمني ولكنها

تسمح لمتابعي الحالات بالسعي لطلب المشورة عندما يكونوا غير متأكدين. وتتيح مراجعة أذون المغادرة فرصة ممتازة للمراجعة والتعلم داخل الفريق.

إدارة قوائم الانتظار وعدد الحالات المعالجة

تحتاج فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHT الفعالة إلى ضمان التواصل الفوري، ويجب أن تتم التقييمات الروتينية في غضون 2-4 أسابيع. والأمل في فترة انتظار أقصر نادراً ما يكون مثمر، وتحظى أوقات الانتظار التي تتجاوز أكثر 4 أسابيع لها بمعدل متزايد لمواعيد المعاينة الطبية الفاشلة (بيرنز وآخرون Burns et al، a1993). وتحتاج التقييمات العاجلة (التي تشمل معظم النوبات ذهانية) إلى المتابعة خلال أسبوع، وعادة خلال بضعة أيام. أما تقييم حالات الطوارئ فيكون لتلك الحالات المرتبطة بخطرٍ داهم (على سبيل المثال سلوك عدائي أو نية الانتحار) وتحتاج من الناحية المثالية أن ينظر إليها في نفس اليوم.

النهج العملي لإدارة أوقات الانتظار عن طريق حساب عدد من الحالات في السنة السابقة وتخصيص خانات التقييم الروتينية لنحو 120٪ من هذا المعدل. وهكذا إذا كان الفريق الذي كان لديه 300 حالة في العام السابق يخصص 7 خانات في الأسبوع، سوف يكون هناك خانة واحدة إضافية متاحة كل أسبوع للتقييمات العاجلة والطوارئ. وتقلل سهولة الوصول إلى التقييمات المعتادة الضغط لصالح الحالات العاجلة والطارئة، وأكثر كفاءة بكثير من لائحة مناوبة الطوارئ rotas.

التواصل والتفاعل Communication and liaison

تضمن اجتماعات الفريق الاتصال الداخلي، ولكن تحتاج فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHTs أيضا روابط جيدة مع شبكة واسعة من زملاء المهنة. تتم معظم الاتصالات الروتينية من خلال الرسائل، الهاتف، أو خلال الرعاية العيادية الفردية. يُنصح باتصالات منتظمة أكثر مع الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات العامة. قد تكون روابط المستشفى بين فرق صحة نفسية محددة CMHTs وأقسام محددة، أو قد توفر فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHTs المعلومات للمرضى من خلال القطاعات التابعة لها. الطب النفسي الذي يكرس مبدأ التواصل، والخدمات النفسية شائعين في الخدمات جيدة الموارد.

ممارسة الاتصال العام

نشأت أنظمة الاتصال العام GP General practice في مجموعات بالينت Balintولكن هي الآن أكثر عرضة لإشراك الرعاية المشتركة أو المشاركة في الموقع من فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHTs في المراكز الصحية GP (بيرنز Burns وبايل Bale، 1997). ويشمل النظام الفعال والمستدام اجتماعات منتظمة (شهرية عادةً) وفق جدول زمني بين الفريقين، أو عضو 'اتصال' تابع لفرق الصحة النفسية المجتمعية CMHT لحضور المركز الصحي GP. من المهم دائما أن يكن هناك وضوح حول المسؤوليات؛ حيث أن عدم وضوح الحدود أمر محفوف بالمخاطر.

الاتصال مع الوكالات الأخرى.

تنطبق نفس المبادئ على الاتصال مع الوكالات الأخرى (الخدمات الاجتماعية، والإسكان، ومقدمي الخدمات من القطاع الخيري والتطوعي). إن كانت الاجتماعات المنتظمة فعالة من حيث التكلفة فستعتمد على حجم العمل المشترك. والسرية المهنية وتبادل المعلومات عناصر ذات حساسية عالية.

أبحاث خدمات الصحة العقلية

وقد شهدت السنوات ال 30 الماضية تغييرا في كيفية التخطيط للخدمات الصحية العقلية وتقييمها. أبحاث الخدمات الصحية العقلية (MHSR mental health services research) وهي نشاط دراسي جديد، قد جاء إلى الوجود وقد حاول إخضاع الخدمات والأنظمة لنفس نهج الطب المبني على البراهين لاختبارات صارمة (على سبيل المثال الدراسات المحكومة، والتجارب العشوائية التي المحكومة، والتحليلات الوصفية) التي تم استخدامها سابقا مع العلاجات. وقد كان لهذا تأثيرين عميقين. أولا أنها جعلت ذلك التفكير في الخدمات المثلى على مستوى دولي. لغة العلم تعني أن النتائج من جزء آخر من العالم يمكن تطبيقها محليا. ثانيا، أنها حولت موضع السيطرة في تطوير الخدمات بعيداً عن الأطباء ونحو الأكاديميين وصناع السياسات.

هناك فوائد لا شك فيها لأبحاث الخدمات الصحية العقلية MHSR، التفكير والاتصال أكثر وضوحا بشكلٍ ملحوظ، وقد تم تحديد بعض الممارسات غير الفعالة (مثل 'الوساطة' التقليدية في إدارة الحالات) وقد تم التخلي عنها. ومع ذلك، هناك عيوب أيضا، لا سيما مخاطر الإفراط في تفسير النتائج وتطبيقها دون اعتراف من الآثار المعدلة للسياق المحلي. وهو ما يرِد بإيجاز في حالات فرق المعالجة المجتمعية الحاسمة Assertive Community Treatment (ACT).

هناك ثلاث مشكلات أساسية مفاهيمي اتصفت بها أبحاث الخدمات الصحية العقلية MHSR:

- الميل إلى مساواة الخدمة مع العلاج، وليس مع منصة تقديم العلاج
- افتراض أن الخدمات "المحكومة" في التجارب العشوائية هي خاملة وثابتة، في حين أنها هي خدمات نشطة "مقارنة" المتغيرات.

• الميل إلى تجاهل مظاهر "رائدة" جديدة ذات تأثيرات لامعة لقادة يتمتعون بالشعبية ولديها ميزة الأصالة.

إن منهجية أبحاث الخدمات الصحية العقلية آخذة في التحسن، ولكن هذه العثرات في تفسير الدراسات تحتاج دائما إلى النظر فيها.

الإطار الوطني لخدمات الصحة العقلية 1999 Mental Health National Service Framework (NSF) 1999

تم إصلاح خدمات الصحة النفسية في إنجلترا وويلز جذريا بعد نشر إطار الخدمة الوطنية في عام 1999 (وزارة الصحة، 1999)، وخطة NHS في عام 2000 (وزارة الصحة، 2000). وقد وجهت بشكل كبير إلى أبحاث خدمات الصحة النفسية MHSR والخدمات الرائدة في شمال برمنغهام وأستراليا. وأوصوا في البداية باستبدال كامل فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHTs القطاعية الشاملة بأربعة فرق "وظيفية"- فرق التوعية الحازمة، وفرق حل الأزمات وعلاج المرضى في المنازل، وفرق التدخل المبكر وفرق اتصال الرعاية الصحية الأولية.

عملية إعادة التنظيم كانت هائلة الحجم وغير ذات جدوى على الإطلاق

عدم جدوى الهائل من مثل إعادة تنظيم ضخمة (حيث لم يتوفر ببساطة موظفين مدربين تدريباً كافياً) وأدت التحديات لقوة الأدلة لتعديل المقترح، وأبقت فرق الصحة النفسية المجتمعية CMHTs وتم التخلي عن فرق اتصال الرعاية الأولية.

تم وضع برنامج طموح لإنشاء الأنواع الثلاثة الأولى من الفرق الوظيفية، بدءاً من إنشاء 300 فرقة للتوعية الحازمة assertive outreach teams (AOTS). توصيف هذه الفرق الثلاثة موجود أدناه. سيتم تناول الأدلة البحثية

بإيجاز، ولكن وكما تم إيضاحه في فرق التوعية الحازمة AOTs، يمكنها أن تتغير جذرياً على مع الوقت.

فرق التوعية الحازمة (AOTs) Assertive outreach teams

أكثر تخصصات فرق الصحة النفسية المجتمعية وCMHT تركيزاً ودراسة وتكراراً هي فرق التوعية الحازمة AOT، ويستند هذا على نموذج معالجة المجتمع الحازمة assertive community treatment (ACT)، والذي كان معلماً دراسياً واضحاً قام به كلٍ من التي شتاين Stein وتست Test ونشر في عام 1980، الذي أثبت تحسين النتائج العيادية والاجتماعية قلل إلى حد كبير تكاليف العلاج بالمستشفى إلى أقل التكاليف الإجمالية. أظهر اثنين من المراجعات الكوكرينية مع التحليلات الشاملة، وإدارة إحدى الحالات أظهرت زيادة نسبة العلاج بالمستشفيات، وأظهرت إحدى فرق التوعية الحازمةACT انخفاضا (مارشالMarshall ووكوود Lockwood، 1998؛ مارشال وآخرون، 2001)، وقد كان لهؤلاء دوراً فعالاً في اعتماد معالجة المجتمع الحازمة ACT في المملكة المتحدة، فرق التوعية الحازمة AOTs مكلفة (انظر الإطار 21.1)، مع مدير حالة واحد بدوام كامل لـ 10 مرضى. ونتيجة لذلك تصبح بدايات الحالة الأصعب للمرضى الذهانين ('من الصعب إشراكهم في برنامج علاجي "أو" الباب الدوار- الدائرة المفرغة ") ('hard to engage' or 'revolving-door')، الذين لديهم انتكاسات متكررة، غالبا ما تشكل

خطراً. ويستند نهج فرق التوعية الحازمة على الزيارات التوعوية الاستباقية، الزيارة المنزلية للمرضى في الداخل والإصرار على الزيارة عندما يكون المرضى مترددين، ويستغل العمل الجماعي، والاجتماعات اليومية والعديد من الأعضاء يعملون مع معظم المرضى، بدلا من العلاقات الفردية الحصرية. وهو أمر مطلوب لأسباب تتعلق بالسلامة (قد تكون الزيارة المنفردة لبعض المرضى غير آمنة)، وأيضا بسبب تعقد احتياجات المرضى. والمنهج عملي جدا (على سبيل المثال أنه ينطوي على اصطحاب المرضى للتسوق وتعاملهم مع أماكن إقامتهم، وتوصيل الأدوية بشكل يومي إذا لزم الأمر) والذهاب إلى ما وراء الحدود المهنية التقليدية. وعلى الرغم من الإدانات القوية أن فرق التوعية الحازمة AOTs كان يجب أن تتبع عن كثب الممارسات الأصلية لشتاين Stein وتست Test (تم تقديره عن طريق قياسات 'نموذج الدقة') (تيج وآخرون .Teague et al، 1998)) أو سوف تكون النتائج ضعيفة (ماك هوجوMcHugo وآخرون، 1999)، أو الدليل على ذلك مشكوك فيه (فايندر Fiander وآخرون، 2003؛ بيرنز Burns وآخرون، 2005). والتعديلات العيادية المحلية على معقولة ومبررة حد سواء.

فرق التوعية الملزمة لمن ولماذا؟

Who and what are AOTs for

لقد أجريت بحوث التوعية الملزمة حصرا مع مرضى الذهان، وهم عموما أولئك الذين يعانون من ضعف الالتزام بالدواء وغالبا ذوي الإدمان الكحولي المرضية أو مسيئ استعمال المخدرات وذوي السلوك المخالف. حيث تهتم فرق التوعية الملزمة AOTs عادة فقط بالمرضى الذين لا يمكن أن يستقروا على الرغم من الدعم المقدم من قبل فرق الصحة العقلية المجتمعية (CMHTs).

وكثيرا ما أدى الحماس لفرق التوعية الملزمة AOTs إلى الانشغال بالشكل الهيكلي والإجرائي بدلا مما يجب فعله. بالرغم من الدليل القوي والمبكر عن تقليل الرعاية الشفائية (Marshall and Lockwood, 1998)، وهذا لم يتم إنجازه أبدا بصدد ضبط عمل فرق الصحة العقلية المجتمعية CMHT (T.

Burnوآخرون,2002) ولم يحدث أبدا في المملكة المتحدة، بالرغم من الاهتمام والحرص على التطبيق الفعلي (Killaspy et al., 2006, 2009). وقد أثبتت الدراسات المستفيضة على فرق التوعية الملزمة AOTs (Burns et al., 2007b) أن القانون الخاص بهم AOT/ACTفقط عمل على تقليل الرعاية الشفائية عندما كان هناك عجز في إدارة الاستضافة، ولم يكن هذا هو الحال العام في المملكة المتحدة. اللافت أكثر، أن مستويات التوظيف المكثفة لفرق الرعاية الملزمةAOT لم يحرز أي زيادة في المنافع. برغم البدايات الأولى الواعدة، لم يكن هناك دليل واضح أن لفرق الرعاية الملزمة

AOTs أفضليه على عمل فرق الصحة العقلية المجتمعية CMHTs، والكثير منها الآن في الطريق لحلها.

فرق الأزمات **Crisis teams**

ظهر التدخل العلاجي في الأزمة في أوائل السبعينيات استنادا على عمل كابلن (Caplan, 1964)، ولكن هذا التركيز النفسي التفاعلي اضمحل. وتحظى فرق الأزمات بمكانة بارزة حيثما تكون الخدمات المحلية عاجزة عن التطور (ربما تكون فقط الخدمات المجتمعية المحلية) أو أن الحراك الاجتماعي يكون مرتفعا (على سبيل المثال مراكز المدن الكبرى)، مع الكثير من عابري السبيل والمرضى المشردين الذين لا يتاح لهم تأسيس رعاية مستمرة.

وتتسم فرق الأزمات بسرعة الاستجابة والوصول. فترة استمرار الأزمات (ومن ثم منفذ التدخل) أنتج جدالا لا ينتهي غير ذي جدوى. فمعظم الفرق سترى المرضى عل الفور، في نفس اليوم بالتأكيد. أهدافهم التشخيصية (على سبيل المثال التقييم وإدارة الأزمة لنوبات من المرض العقلي الحاد) والتوظيف (بصفة رئيسية لفريق التمريض الأخصائيين الاجتماعيين) يكون مشابها لما يحدث مع فرق الصحة العقلية المجتمعية CMHTs. ونظرا لفداحة المشاكل، فالتدخل الطبي ربما يكون ضروريا، على الرغم من المحاولات في بعض الخدمات أن تتنصل من ذلك المبدأ. وقد تستند فرق أزمات على خدمات الصحة النفسية جنبا إلى جنب مع فرق الصحة العقلية المجتمعية CMHTs، أو في غرف الطوارئ في المستشفيات العامة مع توافرها على مدار 24 ساعة. والوظائف المهمة تشمل تمييز المرض العقلي الحاد عن الأزمات الشخصية الشديدة (مثل تلك التي تنطوي على إيذاء

النفس)، والحصول على الإقامة الاستشفائية لكلا من القبول الطوعي وغير الطوعي. وغالبا ما تعمل فرق الأزمات في المستشفيات بالتعاون مع خدمات مكاتب الاتصال.

فرق حل الأزمات / العلاج المنزلي (CR / HT)

Crisis resolution/home treatment (CR/HT) teams

فرق حل الأزمات / العلاج المنزلي، قام بتقديمها إطار عمل الخدمة الوطنية، تم تطويره في أستراليا (هولت Hoult، 1986). والغرض الأساسي منه هو تجنب الحاق لا لزوم له والحد من مدة رعاية المرضى الداخليين. كما أنه، في جزء منه، استجابة لزيادة طلب العميل للدخول خارج ساعات العمل. وهم يعتمدون بشكل كبير على ممارسة التوعية الجازمة مع محدودية، حجم القضايا المشتركة، العمل المرن، النفاذ الموسع والتركيز على التوعية. وقد اقترح التخفيض في العلاج بالمستشفيات لتعويض الكثير من تكلفتها (سميث Smyth وهولتHoult ، 2000). فهم يهدفون لعلاج المرضى الذين سيصبحون في المستشفى، والتركيز على شديدي الاختلال العقلي. فهم يعملون على توافر الزيارة المكثفة (عادة يوميا لفترة محدودة) مع أكبر دعم عملي، كما أنهم يعملون مع الشبكات الاجتماعية للمرضى. ومعظمهم يستهدف قصر أنفسهم حتى 6 أسابيع من المشاركة. هذا العمل الجماعي المكثف يتطلب اتصال فعال للغاية، ويلتقي فريق العمل يوميا (في بعض الحالات مرتين يوميا). ونقل المعلومات يكون مرهقا نوعا ما، والاتصال مع فرق الصحة العقلية المجتمعية CMHTsيكون معقدا، حيث يتطلب الوضوح التام عن الترتيبات المحلية للمسؤولية السريرية.

التباينات في الممارسة والاستدامة

Variations in practice and sustainability

ومن الصعب إخضاع فرق الأزمات بصفة خاصة للبحث الجاد، باعتبار أن الموافقة المسبقة اللازمة للتجارب العشوائية ذات الشواهد يكاد يكون من المستحيل الحصول عليها. ومع ذلك هناك بعض الإثبات أن فرق حل الأزمات / العلاج المنزليCR/HT قد يقلل من الحاجة إلى الرعاية الصحية في المستشفيات (هولتHoult ، 1986؛ جونسون Johnson وآخرون، 2005)، على الرغم من أن هذا ليس واضحاً (غلوفر Glover وآخرون، 2006). وحيث أن لفرق الرعاية الملزمةAOTs التأثير المحتمل الذي سيتوقف عليه توفير الدعم المحلي. وعلى الرغم من أن نموذج المملكة المتحدة تم تحديده جيدا بما في ذلك الذين كان ينبغي الاهتمام بهم ومن لا يجب الاهتمام بهم) (انظر الإطار 21.2)، فعلى أرض الواقع الممارسة تختلف إلى حد كبير. وإذا لم تكن الخدمات المحلية متطورة بشكل خاص، فستكون الخدمة الكاملة على مدار 24 ساعة إهدارا تاما، وتكون خدمة تحت الطلب بغرفة الطوارئ ومركز الشرطة ليلا كافية عادة. بالممارسة العملية، وجد أن تكرار الاتصال يكون أقل بصفة عامة، فالمرضى يمكثون مع الخدمة لمدة أطول مما يكون متوقعا، ومن ناحية أخرى فتقييد الخدمة على المرضى الذين يتواجدون في المستشفى نادرا ما يتحقق. أن فرق حل الأزمات / العلاج المنزليCR/HT هم الأشخاص المعنيون بالضرورة والذين يتواجدون بصورة متكررة في الأزمة (في كثير من الأحيان مع مشاكل الكحول ومشاكل العلاقات)،

أولئك الذين من المتعذر رفض رعايتهم لكنهم لا يجدر بهم "من ناحية أخرى التواجد في المستشفى."

المدخلات الطبية واستقلال الفريق عن فرق الصحة العقلية المجتمعية CMHTs كلاهما يختلف بدرجة ملحوظة. بعض الفرق تعمل موازية تماما لفرق الصحة العقلية المجتمعية CMHTs، والبعض يتقاسم المسئولية على نطاق واسع (غالبا ما تعمل كمساعد لفرق رعاية الصحة العقلية المجتمعية CMHTs – على سبيل المثال، إنجاز مهام الدواء المسائية)، والبعض يصرون على مشاركة فرق الصحة العقلية المجتمعية CMHTs. ومستوى الظروف المحلية (وتوافر الموظفين) سوف يحدد في نهاية المطاف الهيكل التنظيمي للعمل. ومع ذلك، فالوضوح بشأن المسؤولية والقيادة أمر بالغ الأهمية. ويتباين تقييم المرضى لفرق حل الأزمات / العلاج المنزليCR/HT . فالكثير يقدرون سرعة الاستجابة ومستوى الدعم. آخرون يشكون الاقتحامية والحاجة إلى شرح أنفسهم لسلسلة من أفراد مختلفين لفريق العمل الذين غالبا ما يفتقرون إلى التدريب الكافي لاتخاذ القرارات اللازمة.

وقد يكون لخدمات الأزمات التقليدية عمر محدود نسبيا. وتبين من مراجعات منظمة الصحة العالمية أن العديد من خدمات الأزمات الأولى لم تعد قائمة في غضون عشر سنوات (كوبرCooper ، 1979). وقد تحسن الكثير من فعاليات وصول الخدمات المحلية بنجاح وترسخ أكثر كخدمة عامة (بما في ذلك، ولكن لا يقتصر على، عمل الأزمات). وأخرى أصبحت يطغى عليها إحالات غير لائقة أو المرضى الذين لم يكن من الممكن تحويلهم، وأقفلت في نهاية المطاف. وقد لوحظ نمط مماثل (ولكنه غير موثق) في مقار الأزمات.

مقار الأزمات والرعاية المؤقتة Crisis houses and respite care

الشكليات المفرطة فيما يتعلق بالرعاية الصحية في المستشفيات قد تطيل إجراءات الدخول مما يمنع المرضى من التماس المساعدة .تسمح' مساكن الأزمة 'بإجراءات دخول بأقل شكليات، وغالبا بإشراف أقل، وعادة ما تكون صغيرة 8-4) سريرا(، في بيئة محلية، وتستقبل المرضى لمدة أيام، أو في بعض الأحيان لمدة أسبوع أو اثنين .وتكون أفضل النساء الضعيفات وخدمات التدخل المبكر، وهي لا تحل محل رعاية العنابر الداخلية للمرضى، ولكن عادة ما تكون موضع ترحيب كبير بالنسبة لأعداد قليلة من المرضى، ومع ذلك، من دون التوجيه الدقيق والتكامل في الخدمات المحلية، يمكن أن تصبح فوضوية) ويحتمل أن تكون خطرة (أو محظورة.

خدمات التدخل المبكر

Early intervention services (EIS)

خدمات التدخل المبكر هي الفريق الوظيفي الثالث الذي يقدم في إطار الخدمة الوطنية، فإن فترات العلاج الطويلة للذهان (duration of untreated psychosis (DUP))في الفصام تعرف باقترانها بالنتائج السيئة) مارشال وآخرون Marshall et al. ٢٠٠٠)، وقد وضعت فرق التدخل المبكر EIS أساسا من النماذج الأسترالية والبريطانية) بيرشووود وآخرونBirchwood ، 1998؛ ادواردز وآخرونEdwards et al ، .(2000 وهي تهدف إلى تقصير فترات العلاج الطويلة للذهان، وحماية أداء العلاقات الاجتماعية الحالي، وتحسين النتائج من خلال توفير العلاج الفعال السريع، وعلى الرغم من الوصفات الطبية المفصلة، تختلف فرق المملكة المتحدة اختلافاً كبيرا، وتعطي الأولوية للميزات المختلفة للمنهج .البعض يقلل من أهمية التشخيص لصالح سهولة الوصول، بينما يقيد آخرون أنفسهم بالفصام بغية تحقيق أقصى قدر من المهارات، تتراوح مدة الاشتراك من 18 إلى 36 شهرا، مع اقتراحات أن تصل المدة إلى 60 شهرا، يضيق البعض نطاق السن) أ" خدمة الشباب(" ، والبعض الآخر يأخذ جميع المرضى ذوي نوبات المستوى الأول بغض النظر عن العمر) بيرنزBurns ، (2004، وترد ثلاثة أنشطة مختلفة تماما في أدبيات نظام التدخل المبكر، التي قد تكون أو لا تكون جزءا من أي فريق) انظر المربع .(21.3

إدارة الحالة

Case management

إن جوهر نظام التدخل المبكر هو أحد تخصصات فرق الصحة النفسية المجتمعية وهو التعامل مع الحالات الأولى لمرضى الذهان، تعطي الفرق الأولوية لحماية الشبكات الاجتماعية وأداء الاجتماعي) بإبقاء المريض في الكلية أو العمل، والتشديد على التدخلات الأسرية، إلخ .(.و تفترض أنه لن يكون هناك عودة المرض إلى سابق عهده، ويتم تجنب العلاج في المستشفيات) ويفضل مساكن الأزمات والمنازل المؤقتة (ويتم الحد من استحقاقات الرعاية الاجتماعية، يتم استخدام نهج توعية حازم مع إدارة الحالات العملية والمشتركة أثناء المرحلة الحادة، مع كثافة متابعة أقل بعد ذلك،' التقسيم 'شائع الاستخدام، مع المرضى ذوي الحالات الحادة المتابعة مرة أسبوعيا على الأقل، والمرضى الذين تعافوا يتم رؤيتهم أسبوعيا أو شهريا، وفئة ثالثة لذوي الحالات لم يتخذ الفريق قرارا بشأنهم ولكن ليس في المعالجة النشطة، تختلف الفرق من حيث الإصرار على إبقاء المرضى المسجلين عندما شفائهم ولا يتواصلوا .وقد توفر أو لا توفر رعاية للمرضى الداخليين .

المربع 21–3 مكونات فرق التدخل المبكر

- إدارة الحالة– الرعاية المتواصلة للمرضى الذين تم تحديدهم

- حملات التوعية- للتشخيص المبكر لحالات الذهان
- تحديد المرضى ذوي البوادر والخطورة المرتفعة والعلاج

يهدف مديرو حالات التدخل المبكر القضايا إلى منع المرضى وأسرهم من تخفيض توقعاتهم قبل الأوان، وكما ذكر أعلاه، يتجنب العديد الحصول على منافع للمرضى، مع تشجيع العودة إلى العمل أو الكلية بأسرع ما يمكن، كما أنها تؤيد بقوة للإدارة الذاتية للمرض، مع التركيز على التعلم علامات الانتكاس والاستجابات الملائمة لكل منها

التعرف المبكر والتدخل عالي المخاطرة Early recognition and high-risk intervention

تشارك فرق التدخل المبكر مشاركة فعالة في حملات التوعية العامة بالذهان وبالمحاضرات في المدارس والكليات) مكجوري McGorry وجاكسون Jackson،(1999 ، وهناك مجموعة قليلة تحاول تعريف المرضى' ذوي المخاطر المرتفعة 'ultra-high-risk بالأعراض الأولى لمرض الفصام ونقدم لهم العلاج (النفسي والدوائي) بغية منع التقدم للذهان وهناك بعض الأدلة التي تدعم هذا النهج (جوريMcGorry et al ،2002)، ولكنه يبقي مثيرا للجدل ويقتصر عموما على فرق البحث .

كانت الخبرة مع الفرق التابعة لنظام التدخل المبكر أقل بكثير مما مع فرق التوعية الحاسمة عندما أدخلت في إطار الخدمة الوطنية، وهي تشمل الوصفات المربكة والمتناقضة، أكثر من فرق التوعية الحاسمة AOTs، طرحت الصعوبات التي جعلتهم يعملون في المناطق الريفية وشبه الريفية المتفرقة طرحت تحديات حقيقية.

وحتى الآن لم يتم تطوير نموذج مستقر لفرق نظام التدخل المبكر EIS، في الواقع لا تزال كل من فرق إطار الخدمة الوطنية الفنية الثلاث تتطور لا بسرعة ويمكن أن تتغير بشكل كبير) أو حتى تختفي (في أثناء هذه الطبعة من هذا الكتاب، يتطلب

فهم كيفية العمل معهم أو الرجوع إليهم يتطلب تفهماً للممارسة المحلية، وتجنب الاعتماد كثيرا على الوثائق المنشورة المتعلقة بالسياسات .

هناك تغطية لدلائل فاعلية تدخلات فرق التدخل المبكر.

فرق الطب الشرعي (الجنائي) وإعادة التأهيل Forensic and rehabilitation teams

تواجه الخدمات التي تركز على المجتمع المحلي صعوبات خاصة مع المرضى ذوي المقاومة للعلاج، وخاصة ذوي السلوك غير المقبول أو المخالف اجتماعيا، مثل هؤلاء المرضى لا يتم احتواؤهم في عنابر مفتوحة، فرق الطب الشرعي المتخصصة تقدم الرعاية في حيث يكون السلوك المخالف والخطر على الآخرين سائدا، وتوفر رعاية آمنة للمرضى الداخليين) بالإضافة إلى أدوارهم التقليدية مع السجون والمحاكم(، والتي تتزايد دوليا) بريب.(et al., 2005 ، بعض فرق الطب الشرعي تقدم الخدمات المجتمعية) إدارة الحالات المكثفة للمرضى الخطرين(، ولكن دمجها مع الخدمات العامة قد يكون مثيرا للجدل، التركيز على تقييم المخاطر والزيارات المشتركة واسعة النطاق هي الطرق الرئيسية التي تختلف فيها عن فرق التوعية الحازمة .

وصلت خدمات إعادة التأهيل من أجنحة الإقامة الطويلة لمزيد من المواضع في المجتمع .يظل عدد كبير من المرضى عاجزا بصورة كبيرة بالرغم من تلقي العلاج

الأمثل، تركز فرق التأهيل على إدارة طويلة الأجل للإعاقة، بدلاً من التركيز على الأعراض والرعاية القائمة على النوبات، يختلف كثيرا الحد الأدنى من الخدمات العامة إلى خدمات إعادة التأهيل، عموما تخدم فرق إعادة تأهيل المرضى الذين لا يمكنهم الاستمرار دون إقامة خاضعة للإشراف حتى بين الانتكاسات، وتشمل هذه مجموعة مصغرة من مرضى الإقامة الطويلة، ولكن أيضا نزلاء ممن لديهم اضطرابات بصورة متزايدة' جدد ذوي إقامة طويلة 'مع تعاطي المخدرات المرضية والاضطرابات السلوكية، مطلوب قانون لهؤلاء المرضى الداخليين في هذه المجموعة، ومجموعة دور الرعاية تستطيع أن تعزيز الاستقرار، ولكنها غير مستديمة (هايد Hyde et al., 1987)، تم بنجاح بمساعدة خدمات إعادة التأهيل إنشاء دور استشفاء، حيث يستطيع المرضى العيش في دار إقامة يشبه السكن العائلي ، وأيضا يخض لرابطة الصحة العقلية رابطة Mental Health Association MHA

الفرق المختصة بالتشخيص Diagnosis-specific teams

متخصصة للغاية تركز على اضطرابات معينة (مثل اضطرابات الأكل، واضطرابات الشخصية والهوس الاكتئابي) وتركز على مهارات محددة، ويقدمون العلاجات المتخصصة، وعادة ما تكون على المستوى الإقليمي، وتعتمد بشدة على المهنيين وأسر أصحاب المعاناة، ومع ذلك، تتطلب تكاليف الفرصة البديلة لإنشاء هذه الفرق في خدمة صحية مع موارد محدودة دراسة متأنية .

المكونات الأخرى من خدمات الصحة العقلية Other components of a mental health service

المكونات الرئيسية (الفرق والمرافق) لخدمات الصحة النفسية المتخصصة تم بيانها أعلاه، سيكون واضحا من هذا الوصف أن بعض هذه العناصر) مثل عنابر المرضى الداخليين ، خدمات الصحة النفسية المجتمعية التابعة للقطاع العام (خدمات متوفرة إلى حد ما في كل مكان ودائمة، بينما البعض الآخر (مثل معظم الفرق المتخصصة) أكثر تغيرا في مدى توافرها وأقل اتساقا في الممارسة، وستختلف الطريقة التي يتم بها توزيع مهام والتزامات خدمات الصحة العقلية بين هذه الفرق المختلفة، وأهم هذه العناصر سيتم الآن تحديدها وتوضيحها، ويمكن تلخيصها على النحو التالي :

1- فرق الرعاية الصحية العقلية الأولية التي تدعم الرعاية الصحية الأولية وتقوم بإجراء التقييمات الأولية.

2- رعاية المرضى الخارجيين.

3- أخصائيو العلاج النفسي وغالباً ما يتم إدماجهم في فرق الرعاية الصحية العقلية الاختصاصية أو الأولية.

4- الفرق القائمة على علاج الأزمات/الفرق المنزلية التي تعالج الاضطرابات العقلية الحادة في منزل المريض.

5- خدمات اتصال الحوادث والطوارئ، التي غالباً ما تشكل جزءا من خدمات الأزمات، وتقوم بتقييم وعلاج الناس الذين يتقدمون إلى أقسام الحوادث والطوارئ.

6- خدمات الاتصال في المستشفى العام للمرضى ذوي الأمراض العضوية ويعانون من مشاكل الصحة العقلية .

7- فرق التوعية الحازمة لذوي الأمراض العقلية الشديدة والذين يجدون صعوبة في الاندماج أو ذوي استخدام عال للخدمات.

8- خدمات التدخل المبكر للمرضى خلال النوبات الأولى من الذهان وال 3سنوات اللاحقة .

9- خدمات التوظيف، بما في ذلك دعم أصحاب الأعمال الذين يساعدوا الناس على العثور على عمل مدفوع الأجر، والدعم في ذلك من خلال التدريب الوظيفي، والخدمات التي تربط بين التعليم والتدريب.

1- إعادة التأهيل المهني، والتي تشمل ورش العمل المحمية والعمالة الانتقالية، ونموذج النادي

2- مستشفيات اليوم الواحد وخدمات الرعاية النهارية، بما في ذلك مراكز الاستقبال.

3- مجموعات خدمات الاعتماد على الذات وخدمة المستخدمين وخدمات التأييد القانوني.

4- الخدمات المقدمة للمرضى المقيمين.

5- خدمات الطب الشرعي، مع الإقامة ذات مستويات مختلفة من الأمن عالية ومتوسطة ومنخفضة، وبرامج تحويل المحكمة.

6- الخدمات السكنية الأخرى، بما في ذلك الإقامة قصيرة الأجل خارج المستشفى للمصابين بأمراض حادة أو تلك لمن يعانون أشكالا أخرى من الأزمات.

7- خدمات لفئات محددة، مثل الأشخاص المصابين باضطرابات الأكل، ووحدات الأم والطفل

8- الخدمات الاجتماعية والرعاية الاجتماعية، بما في ذلك المساعدة في الحصول على المنافع والتأييد القانوني والعاملين في مجال دعم المجتمع والمساعدة المنزلية/ وجبات الطعام

9- الخدمات المقدمة للفئات الخاصة، وتتألف من خدمات التوعية للفئات المهمشة، مثل المشردين واللاجئين.

تصنيف الاضطرابات النفسية في الرعاية الصحية الأولية

تم وضع التصنيف الدولي للأمراض-ICD 10 والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-IV للاستخدام في الطب النفسي، وهما في غاية التفصيل للاستخدام الروتيني في الرعاية الصحية الأولية، والفروق الدقيقة نادراً ما تكون مفيدة عند اختيار العلاج في هذا الموضع، ولذلك وضعت "منظمة الصحة العالمية" تصنيفا أبسط لاستخدامه في الرعاية الصحية الأولية. ويرتبط كل تشخيص بخطة إدارة.

تعريف الاضطرابات النفسية في الرعاية الصحية الأولية Identification of psychiatric disorders in primary care

المرحلة الأولى لتوفير الخدمات للاضطرابات النفسية في الرعاية الصحية الأولية هي اكتشاف هذه الاضطرابات، وهو ليست أمرا بسيطا، حيث يتقدم العديد من المرضى بمشاكل جسدية ونفسية على حد سواء هناك أدلة اضطرابات نفسية كبيرة غير مكتشفة بين الذين تعامل معهم الممارس العام (انظر الشكل ٢١-١)، بالإضافة إلى ذلك، يشكو بعض الناس ذوي الاضطراب النفسية من الأعراض الجسمانية فقط، هذا يمكن أن يكون مرضا جسمانيا عارضا وطفيفا أو جزء من أعراض اضطرابات نفسية (مثل خفقان في اضطراب القلق)، أو التعب في اضطراب اكتئاب، يصف البعض أعراضا مادية بدلاً من الأعراض النفسية لأنهم

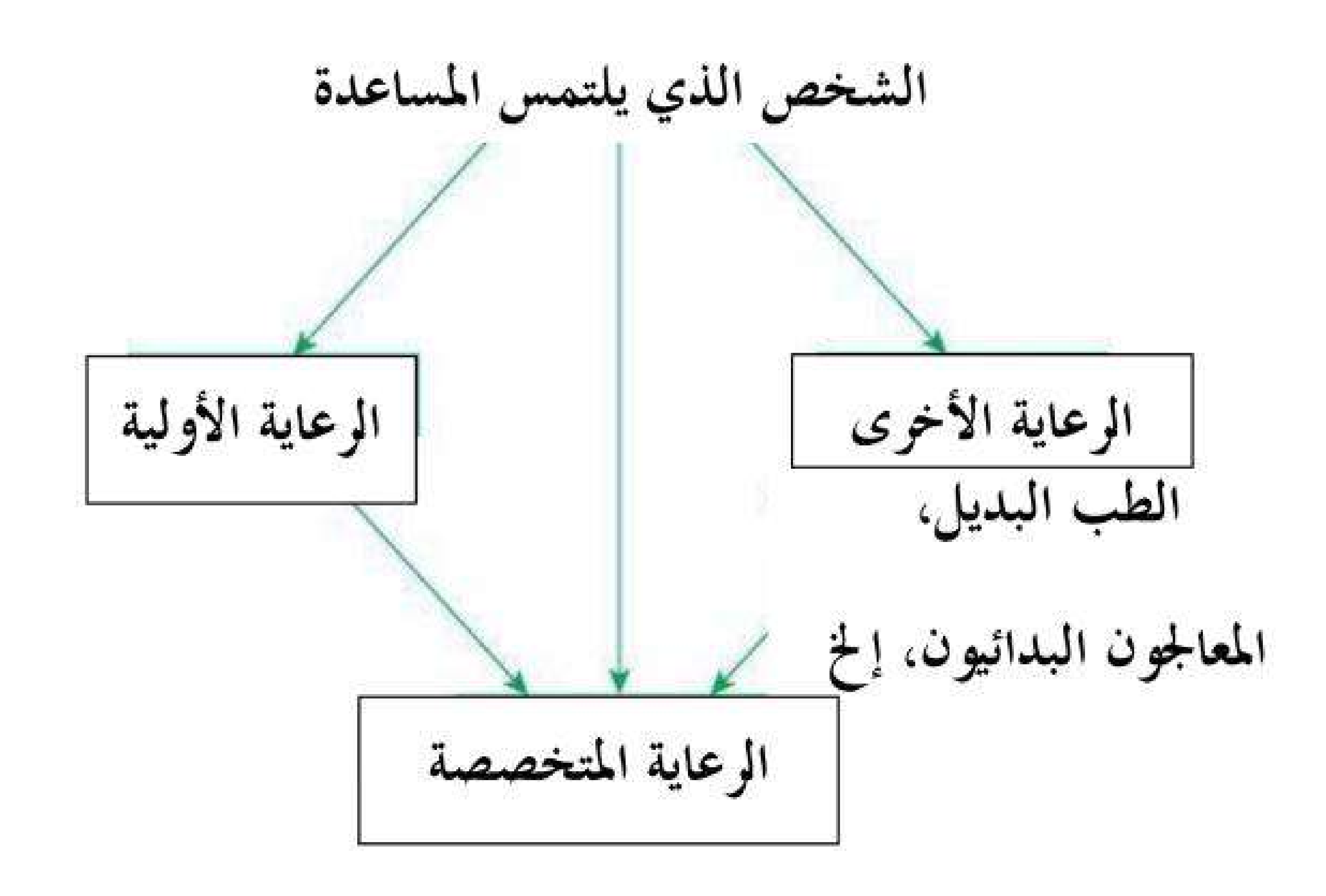
يخشون من أن الطبيب قد لا يستجيب بتعاطف لأحد الأمراض النفسية، أشارت الدراسات التي أجريت مؤخرا إلى أنه ليس المريض فقط هو المسؤول عن هذا التركيز، غالباً ما يذكر المرضى الأعراض النفسية والجسدية على حد سواء ولكن الطبيب يركز على الأعراض المادية، ولا يدرك المرضى الآخرون أن هذه الأعراض الجسدية ذات منشأ نفسي، يشير مصطلح اعتلال واضح إلى الحالات التي تم الكشف عنها، ويشير مصطلح اعتلال خفي إلى البقية، والاعتلال الخفي عموما أقل حدة من الاعتلال الواضح.

يعتمد مدى فعالية تحديد الممارسين العامين للاضطرابات النفسية غير المعلنة على ما يلي:

- القدرة على اكتساب الثقة المريض، وبالتالي تمكينه من الكشف عن المشاكل النفسية التي يدركها.
- مهاراتهم في تقييم ما إذا كانت الأعراض البدنية هي سبب المرض الجسدي أو النفسي؛ وهذا يتطلب معرفة جيدة بالطب البدني فضلا عن الطب النفسي.

الاضطرابات التي تعالج في الرعاية الصحية الأولية Disorders that are treated in primary care

معظم الاضطرابات النفسية للجمهور الذي يأتي إلى الرعاية الصحية الأولية يمكن معالجتها بنجاح عن طريق الممارس العام أو عضو آخر في فريق العيادة، وتشمل الأمثلة معظم اضطرابات التكيف واضطرابات القلق والاكتئاب الأقل حدة، والأعراض الجسدية غير واضحة الأسباب وبعض حالات إساءة استخدام الكحول. لمزيد من التفاصيل، انظر غولدبرغ وآخرون Goldberg et al ٢٠٠٩).



شكل ٢١-١ مسارات الرعاية في المملكة المتحدة.

المرضى الذين يظهرون أعراضا جسدية .في الرعاية الصحية الأولية، يظهر العديد من المرضى الذين يعانون من اضطراب نفسي أعراضا جسدية، غالبا ما يسمى هؤلاء المرضى المتجسدنين)يعانون اضطرابات نفسية تظهر على هيئة أعراض جسديةsomatizers (، العديد منهم سوف يكشف عن الأعراض النفسية المرتبطة بها ويتقبل التشخيص النفسي عندما يتم إجراء المقابلة على النحو المناسب —ويطلق على هؤلاء متجسدين اختياريين facultative somatizers، وينكر الآخرون أي أعراض ويرفضون التشخيص النفسي، ولكن يمكن اكتشافهم إن تم فحصهم بمهارة —ويطلق على هؤلاء متجسدين نقيين .pure somatizers

أكثر الحضور المصابين بدرجات عالية من الاكتئاب مع مجموعة متنوعة من الشكاوى .معظمهم من النساء والكهول)كوخ وآخرون et al Koch (2007، حوالي 80%لديهم اضطراب نفسي سابق أو الحالي، عادة اكتئاب، جسدنه somatization، أو القلق العام، وحوالي 60%لديهم أمراض جسمانية متزامنة (كاتون وآخرون Katon, 1990.et al) ونظراً لأن الغالبية يرفضون إحالتهم إلى فريق نفسي، يكون على الممارس العام التعامل معهم، يقوم أحد المناهج على المساعدة على الربط بين الأعراض وأحداث الحياة المجهدة، وترك العمليات النفسية، ومناقشة كيف يمكن تخفيض هذه الضغوط

الاضطرابات التي يتم إحالتها من الرعاية الصحية الأولية إلى الخدمات النفسية

ويبين الجدول 21.1 أن المتوسط حوالي واحد من كل أربعة من المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية الذين يتم تحديدهم بواسطة ممارسين يتم علاجهم عن طريق الخدمات النفسية، وتشمل هذه المجموعة التي يتم إحالتها المرضى الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب الشديد واضطرابات المزاج ثنائي القطب والفصام والعته، هنا احتمال أكثر أن يقوم الممارس العام بإحالة المرضى ذوي الاضطرابات الأخرى في الحالات التالية :

- التشخيص غير مؤكد
- الحالة شديدة

الجدول ٢١-١ مسارات الرعاية مع معدلات الاضطرابات النفسية بين البالغين في كل مستوى من الرعاية *

حالة في كل 1000 سنويا	
في المجتمع	315-260
حضور الرعاية الصحية الأولية	230
المكتشف في الرعاية الصحية الأولية †	102
حضور الخدمات النفسية	24
العنابر الداخلية	6

* تم تعديله من جولدبرج Goldberg وهاكسلي Huxley (1992)

† مرض النفسي واضح

- هناك مخاطرة كبيرة للانتحار.
- الحالة مزمنة.
- العلاج اللازم لا يمكن تقديمه من خلال أي من أعضاء فريق الرعاية الصحية الأولية.
- لم ينجح العلاج السابق في الرعاية الصحية الأولية.
- هناك تواصل واستجابة من الخدمات النفسية.
- المريض على استعداد للحضور .

العلاجات المقدمة من فريق الرعاية الصحية الأولية للاضطرابات الحادة Treatments provided by the primary care team for acute disorders

غالباً ما تعالج المشاكل الحادة مع تقديم المشورة، وتستخدم وحدها أو جنبا إلى جنب مع الدواء، كما توفر بعض العيادات العلاجات السلوكية البسيطة . وتشمل العديد من فرق الرعاية الأولية مستشار، لم يثبت أن وجود مستشار يحد من وصف عقاقير العلاج النفسي في العيادة (واليس مينورس وآخرون Mynors-Wallis et al., 1995؛ سيبالد وآخرون Sibbald et alet al., 1996b).

تحسين فرص الحصول على العلاج النفسي (IAPT) Improving access to psychological therapies (IAPT)

استجابة لشكاوى بشأن التباين من العلاج النفسي وقانون العلاج النفسي على الصعيد الوطني، فقد تم استحداث قانون على مستوى الدولة —قانون تحسين إمكانية الحصول على العلاج النفسي (IAPT)، تحسين إمكانية الحصول على العلاج النفسي (IAPT)هو عملية محددة جداً، وقد تم تشجيع المرونة المحلية فيما يتعلق بمنظمة الصحة العالمية، (مثل أخصائي خدمات الصحة العقلية، والرعاية الصحية الأولية، والهيئات التطوعية)، قانون تحسين إمكانية الحصول على العلاج ذو مكونين —الرعاية العلاجية في خطوات لاضطرابات القلق والاكتئاب، وخدمة التوظيف المدعوم (انظر أدناه)، وتهدف دائرة التوظيف المعتمدة إلى مساعدة المرضى على العودة إلى العمل عند تراجع أعراض القلق والاكتئاب (كان الحد من البطالة بسبب الاضطرابات النفسية الحافز السياسي

الآخر لقانون تحسين إمكانية الحصول على العلاج النفسي (IAPT)).

تتمثل الخطوة الأولى في قانون تحسين إمكانية الحصول على العلاج النفسي (IAPT)في المساعدة الذاتية باستخدام برامج الهاتف والإنترنت، وتقدم شكلاً مختصرا من أشكال العلاج السلوكي المعرفي (CBT Cognitive behavioral therapy)للذين يعانون من الأعراض المتبقية، ولا تتم الإحالة إلى الخدمات المتخصصة إلا بعد محاولات المساعدة الذاتية والعلاج المعرفي السلوكي من الملامح البارزة لقانون تحسين إمكانية الحصول على العلاج النفسي (IAPT)) .

المستوى الهيكلي يستخدم المعالج الأدلة التفصيلية، ويتم تسجيل حالة الأعراض بعد كل جلسة باستخدام استبيان صحة المريض لأعراض القلق ((PHQ-9 (كرونك وآخرون Kroenke et al ٢٠٠١) لتقييم أعراض الاكتئاب واضطراب القلق العام (جاد GAD-7) (سبيتزر وآخرون Spitzer et al., 2006) .

لقد خرج قانون تحسين إمكانية الحصول على العلاج النفسي (IAPT) مؤخرا على الصعيد الوطني بعد التجريب، ومن المبكر جداً أن نعرف بالضبط كيف يمكن أن يكون تأثيره، خاصة، أنه لا يزال يجري استكشاف توازن الموارد بين برامج المساعدة الذاتية البسيطة وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي القصير والأكثر كثافة، بعض الخدمات تركز على التعزيز النشط للمساعدة الذاتية، وكثيراً ما تعتمد على سهولة الإحالة المتصاعدة للعلاج المعرفي السلوكي، وقد كرس آخرون المزيد من الموارد لتقديم خدمة مختصرة غير متخصصة للعلاج المعرفي السلوكي، برنامج يتضمن أيضا برنامج تحسين إمكانية الحصول على العلاج

النفسي التزاما بإعادة التأهيل المهني، في شكل التوظيف المدعوم في أغلب الأحيان (انظر ص 619)، وحتى الآن شكل هذا القانون متغير جداً، ولم يتم تقييمه، وقد حظى كل من سهولة الوصول والالتزام الواضح بالعلاج النفسي على القبول على نطاق واسع، وأولئك الذين يقدمون الخدمة واثقين من نتائجها، ولكن حتى الآن ليس هناك أي دليل بحثي مستقل عن أثره .

العلاجات المقدمة من فريق الرعاية الصحية الأولية للاضطرابات المزمنة Treatments provided by the primary care team for chronic disorders

ينبغي تعريف أدوار كل من الممارس العام وفريق المجتمع تعريفاً واضحا بالنسبة لأي مريض مصاب باضطرابات نفسية مزمنة، واستعراضها بانتظام، على سبيل المثال، فيما يتعلق بالعناية ببعض المرضى المصابين بالفصام المزمن، قد يكون الممارس العام مسؤولاً عن صحتهم البدنية وتقييم ما تحرزه من تقدم عام، وإدارة وتشجيع الامتثال للدواء، ودعم الأسرة، وجد كندريك وآخرون Kendrick et al. (1995) أنه حتى مع التدريب الإضافي، لا يمكن الاعتماد تماماً على الممارس العام لإجراء تقييمات منظمة للمرضى الذين يعانون من أمراض نفسية طويلة الأجل، ومع ذلك، أثبتت الأبحاث اللاحقة أن كان هذا ممكناً، وتم عمل تخصيص مدفوعات لإطار عملٍ للجودة و النتائج Quality and Outcome Framework (QOF) للعيادات التي تحتفظ بسجلات للمرضى المصابين بمرض عقلي حاد وتزويدهم بفحوص صحية سنوية منظمة، قد لا تصمد مدفوعات إطار عملا الجودة و النتائج من إعادة تنظيم دائرة الصحة الوطنية، ولكن هذه المراقبة المادية أصبحت متزايدة الأهمية بسبب المعدلات المرتفعة لمتلازمة الأيض المقترنة بمضادات الذهان غير القياسية، وعموما من الأفضل أن يقيم الفريق النفسي هؤلاء المرضى ويتفق على خطة مع الممارس العام، وسوف تتضمن هذه الخطة توفير عناصر من الفريق النفسي وفريق الرعاية الأولية، كما في المثال أعلاه.

العمل في الرعاية الصحية الأولية بواسطة الفريق الطبي النفسي

Work in primary care by the psychiatric team

هناك العديد من الطرق التي يمكن أن يعمل من خلالها الفريق النفسي مع فريق الرعاية الأولية، وقد تغيرت هذه الطرق مع مرور الوقت (برنز Burns وبيل Bale ١٩٩٧)

تعليم وتدريب الممارسين العامين وفريق الموظفين التابع (بالينت مجموعات Balint groups))

Advising and training general practitioners and their staff (Balint groups)

في هذا النمط من العمل، لا يرى الطبيب النفسي وغيره من أعضاء الفريق المرضى، ولكن يتم تقديم المشورة بناء على تقييم الممارس العام للمرضى. تم استخدام هذا النهج، لأول مرة، ونبع من وحي مجموعات بالينت التحليلية النفسية psychoanalytically الجماعات "(بالينت، 1964). يتم تقييمها من قبل مجموعة صغيرة من الأطباء الممارسين العامين ذوي الدافعية، وإن كان لهم أهمية تاريخية بشكل كبير.

التقييم والإحالة Assessing and referring

يقوم الطبيب النفسي بتقييم المرضى عندما يكون الممارس العام غير متأكد من التشخيص أو العلاج، قد يقوم بهذا بمفرده أو بمشاركة الممارس العام، والمرضى الذين يصنفون على أنهم بحاجة لعلاج مختص عندئذٍ يتم إحالتهم إلى عيادة نفسية خارجية بالطريقة المعتادة، وهذا النهج نادر الاستخدام حالياً، وقد انحسر منذ تحسن التواصل مع الممارس العام.

تقييم وعلاج (المرضى المحولين) Assessing and treating ('shifted out patients')

يعمل أساساً الطبيب النفسي في الرعاية الصحية الأولية، ويرى معظم المرضى في مركز الرعاية الصحية الأولية أو في المنزل، وليس في العيادة الخارجية بالمستشفى، يمكن أيضاً أن يعمل علماء النفس العياديين والممرضات النفسيات في الرعاية الصحية الأولية، للتقييم، وتقديم المشورة، أو العلاج السلوكي، هناك المرضى اللذين لم يعودوا بحاجة لزيارة العيادة نفسية، ولكن قد يكون هناك اتصال بسيط بين الطبيب النفسي وفرق الرعاية النفسية الأولية، وقد تبين أن هذا النهج الذي كان سائداً في الثمانينات، قد كان عموماً فعالاً (ووف Wooff، وجولدبرج Goldberg 1988)، حين تحول التركيز وضاعت المهارات، هناك دليل أكثر إيجابية بقليل يتمثل في الإخصائيين الاجتماعيين في الرعاية الأولية.

الرعاية المشاركة Shared care

ويتفق هذا النهج مع هدف "الرعاية السلسة"، والتي كان لها مؤيدين متحمسين (إسيكس وآخرون .Essex et al 1990)، والعديد من الخدمات الإيضاحية جيدة الدعاية، ومع ذلك هذه الخدمات الإيضاحية نادراً ما صمدت لدى تخلي مؤيديها عنها، وعموما لم تلفت الرعاية المشاركة الانتباه، المصطلح غامض، يغطي كل شيء من مراقبة الممارسين العامين لمستويات الليثيوم حتى المسئولية المشتركة الكاملة، من المعروف دائماً أن الوضوح التام والمسئولية أمراً حاسماً في مجال رعاية المرضى المصابين بأمراض عقلية شديدة، (ومن ثم منهج برنامج الرعاية)، وليس هناك مخاطرة حدوث ارتباك تُذكر.

اجتماعات التواصل Liaison meetings

ربما يكون الأسلوب الأكثر فائدة وكفاءة من حيث الوقت ترتيب اجتماعات دورية مباشرة وجهاً لوجه (شهرية عادةً) بين أعضاء الفريق النفسي وأعضاء فريق الرعاية الأولية (برنز Burns وبايل Bale 1997)، وهذا قد يتباين بين اجتماعات كامل الفريقين إلى الاعتماد على أعضاء اتصال معروفين، والمهم هو أن تعقد الاجتماعات المباشرة بشكل روتيني وليس في أوقات الأزمات فقط، ويتم مناقشة حالات المرضى المشتركين معاً، مع حالات الإحالة المحتملة. ويتم إرساء الثقة من

خلال التقييم الواقعي لما يستطيع أن يفعله كل فريق. يطالب المفوضون بمثل هذه الاجتماعات بصورة متزايدة.

الخدمات الاختصاصية للاضطرابات النفسية الحادة Specialist services for acute psychiatric disorder

المرضى المحولين إلى الرعاية الخاصة Patients who are referred to specialist care

المرضى الذين يتم علاجهم من قِبل الخدمات النفسية عبارة مجموعة فرعية من مرضى الاضطرابات العقلية. في بعض البلدان يستطيع المرضى الذهاب مباشرة إلى أخصائي، وبالتالي لا يختلف هؤلاء الذين يتم علاجهم من قِبل الخدمات النفسية عن أولئك الذين يتم علاجهم في الرعاية الأولية. في دول مثل المملكة المتحدة حيث يقوم الممارس العام بدور "حارس البوابة" للخدمات الاختصاصية، يعتمد عدد الحالات التي تصل إلى الخدمات النفسية على:

- استعداد الممارس العام لعلاج الاضطراب النفسي
- مصادر ومهارات العلاج لفريق الرعاية الأولية
- استعداد المرضى للحضور لتلقي النصيحة النفسية المختصة
- معايير الممارس العام في الإحالة إلى الخدمات النفسية
- معايير الخدمات النفسية في قبول الإحالة

في المملكة المتحدة، معظم المرضى الذي يتواصلون مع الخدمات النفسية يعانون من اضطرابات قلق مزمنة وشديدة، واضطرابات مزاجية شديدة، وانفصام

والأعراض الأخرى للذهان أو الخرف، المرضى الذين يحتمل بشكل خاص أن يحتاجوا إلى رعاية من قبل متخصصين هم ذوي الميول الانتحارية، أو أولئك الذي يشكلون خطورة محتملة على الآخرين، والذين يعانون من التشخيص المزدوج لاضطراب عقلي وإساءة استعمال المواد المخدرة أو اضطراب الشخصية.

أحكام الرعاية الاختصاصية الحادة Provisions for acute specialist care

تتطلب الرعاية المختصة للاضطرابات النفسية الحادة فرق مجتمعية التي تدعمها أحكام العيادات الخارجية والنهارية والعنابر الداخلية.

الخدمات العامة مقابل الخدمات المتخصصة Generic versus specialized services

لقد كانت الفرق المجتمعية عامة بصورة تقليدية، تتعامل مع جميع أنواع المشاكل النفسية للبالغين، وقد تم شرح فرق منفصلة أحدث مختصة بإدارة الأزمات والرعاية المستمرة أعلاه، وهناك ملخص للمزايا المحتملة لهذه الترتيبات في الجدول 21-2

الجدول 2-21 الخدمات العامة مقابل الخدمات الخاصة

مزاياالخدمات العامة	**عيوب الخدمات الخاصة**
نموذج بسيط وسهل التطبيق	نموذج معقد ، وصعب التطبيق
تقليدي، تم تجربته واختباره	جديد، لم تتم تجربته تقريبا في الممارسات العلاجية
شامل	مشاكل الانتقال بين الفرق أو الوقوع بين معايير الفريق
أقل تكلفة	أكثر تكلفة
استمرار الرعاية أكثر سهولة	صعوبة تحقيق الرعاية المستمرة
عيوب الخدمات العامة	**مزاياالخدمات الخاصة**
قاعدة الأدلة ضعيفة	قاعدة الأدلة أفضل لبعض الفرق المتخصصة
أقل كفاءة- الكثير من المهام المختلفة	أكثر كفاءة- مع عدد أقل من المهام
هيئة الموظفين أقل رضاء	هيئة الموظفين أكثر رضاء
صعوبة إعطاء بعض العلاجات المعقدة	أكثر سهولة في إعطاء العلاجات المعقدة
مجموعات أكثر اختلافا من المستخدمين، صعوبة تقييم النتيجة	مجموعات متجانسة أكثر من المستخدمين، أقل صعوبة في تقييم النتيجة

مستشفيات اليوم الواحد Day hospitals

تستخدم الرعاية النهارية في أربع طرق أساسية:

1- مستشفيات اليوم الواحد للرعاية الحادة للمرضى ذوي الأمراض الحادة الذين تم إيداعهم المستشفى. مثل هذه الرعاية ملائمة لأولئك الذي يمكنهم البقاء مع عائلاتهم في المساء وفي نهايات الأسبوع، تشمل الحالات المناسبة الاضطرابات الاكتئابية متوسطة الشدة دون مخاطر كبيرة للانتحار، اضطرابات القلق أو الهوس، وبعض اضطرابات الأكل. وجدت تسع تجارب على علاج مستشفيات اليوم الواحد للرعاية الحادة (والتي شارك فيها 1568 شخصاً) أنه من الممكن لـ 25% من هؤلاء المودعين حالياً في الرعاية الداخلية، لديهم معدلات ملحوظة للتحسن وإعادة التأهيل. ووجدت أربع من خمس تجارب أن مستشفيات اليوم الواحد أرخص من عنابر الرعاية الداخلية (مارشال Marshall 2003، مارشال وآخرون .Marshall et al 2003). ومع ذلك تختلف مستشفيات الرعاية الحادة تلك عن المستشفيات الروتينية النهارية، ولم ينجح تعميمها. يبدو أنها بحاجة لقائد ذي شخصية أو برنامج بحثي يضمن لها الاستمرار.

2- المستشفيات الصباحية التقليدية للسماح بصرف المرضى من المستشفى.

3- برامج العلاج الصباحية التي توفر علاج أكثر تكثيفاً للمرضى الذين لا يستجيبون للرعاية الخارجية. هناك دليل على قيمة هذا النهج في اضطراب الشخصية (بتمان Bateman وفوناجي Fonagy، 2001)، وهذا يتزايد استخدامه في حالات اضطرابات الأكل الشديدة.

4- مراكز الرعاية الصباحية لدعم مستخدمي الخدمات طويلة الأجل. تحتاج مثل هذه الرعاية أن يكون هناك تخطيطاً حذراً مع برنامج علاج نشط معد خصيصاً لاحتياجات كل مريض، وإلا سيكون الحاضرون اعتماديون مع ثبات الحالة stuck.

تختلف مستشفيات اليوم الواحد ومراكز اليوم الواحد بصورة كبيرة وتتقابل في نوعيات العملاء والأنشطة (كاتي وآخرون .Catty et al، 2005). وتتكامل مع فرق مستشفيات رعاية حل الأزمة وفرق العلاج المنزليCR/HT وتقوم على مستشفيات اليوم الواحد بصورة متزايدة.

وحدات المرضى الداخليين Inpatient units

من الصعب تحديد عدد الأسرة المطلوب بالضبط للاضطراب النفسي الحاد، حيث أنها تعتمد على:

- مستوى الاعتلال، بما في ذلك إساءة استعمال المواد المخدرة في السكان الذين تخدمهم الوحدة.
- استعداد وقدرة الأسر على رعاية أقاربهم المرضى تماما، والتي تعتمد بدورها على نوعية الإقامة وتوافر أفراد الأسرة الآخرين.
- مدى وتوافر خدمات الأزمات
- مرافق علاج الاضطراب النفسي الحاد خارج المستشفى، مثل دور الإقامة جيدة الخدمات
- مرافق للخروج المبكر للمرضى من المستشفى بعد المرحلة الحادة من الاضطراب؛ هذه المرافق تشبه تلك التابعة للنقطتين السابقتين، على الرغم من أنه من الأسهل عموماً عمل خروج مبكر من تجنب قبول .

ينبغي أن يُوازِن تصميم الوحدات الداخلية للمرضى المصابين بأمراض حادة بين احتياجات المرضى من الخصوصية وضرورة تمكن الهيئة المعالجة من ملاحظتهم، وأنهم بحاجة إلى أن تكون كبيرة بما يكفي لضمان لاستيعاب العدد الكافي من الموظفين لمواجهة حالات الطوارئ، وفوق ذلك تجنب أن يشعر أي أحد بالشعور

المؤسسي 'institutional' feel' غير المنزلي غير المريح، يعتبر عدد ثلاثة أجنحة بكل منها ١٥-٢٠ سرير هو الحد الأدنى لكفاءة ورعاية آمنة، بينما تعتبر وحدات لأكثر من ١٠٠ مريض ربما تعتبر كبيرة جداً، ينبغي أن يقلل تصميم العنبر من إمكانية الانتحار شنقاً، وهناك حاجة إلى مناطق آمنة لأكثر المرضى إثارة للانزعاج ومساحات يمكن فيها للمرضى أن يكونوا بمفردهم، والمناطق حيث يمكن أن يتفاعلوا مع الآخرين، وينبغي أن يكون هناك أحكام للعلاج المهني، وممارسة المهارات المنزلية، والترفيه، ومن المستحب قضاء وقت في الهواء الطلق، دور الإقامة موحدة الجنس أصبحت الآن إلزامية .

تحديد مواقع وحدات المرضى ذوي الأمراض الحادة The siting of acute inpatient units.

يتم توفير عنابر الرعاية للاضطرابات النفسية الحادة عموماً كجزء من مجمع المستشفى العام، هذا الموقع ضمن المستشفى العام يقلل من الوصم بالعار ويوفر سهولة الوصول إلى الخدمات الطبية العامة عند يتطلب الأمر، عيوب هذا الموقع تتضمن صعوبات توفير مساحة كافية للأنشطة المهنية وخلق بيئة غير رسمية مناسبة للرعاية النفسية في مستشفى مصممة أساساً لتلبية الاحتياجات المختلفة للمرضى المصابين بأمراض جسدية، يمكن التغلب على العديد من هذه المشاكل إذا كانت وحدة الطب النفسي تشغل مبني منفصل يقع داخل مجمع المستشفى العام.

التعاون مع فرق المجتمع

يكون المرضى معرضين لمخاطر متزايدة، خاصة بالنسبة للانتحار، عندما ينتقلون من عنابر المرضى للرعاية، تحدث حوالي 25%من حالات الانتحار بين المرضى النفسيين في إنكلترا وويلز في غضون 3أشهر من الخروج من عنابر إقامة الرعاية النفسية، وتكون الذروة خلال الأسبوع الأول إلى الأسبوع الثاني، معظم أعضاء اللجنة يشترطون الاتصال في الأسبوع التالي للخروج .

الخدمات النفسية التي تقدم خدمة الرعاية طويلة الأجل Psychiatric services that provide long-term care

الصفات المميزة لتشخيص المرضى الذين يحتاجون إلى رعاية طويلة الأجل

Characteristics of patients who require long-term care Diagnosis

باستثناء كبار السن، فإن معظم المرضى النفسيين الذين يحتاجون رعاية طويلة الأجل يعانون من انفصام، الاضطرابات العاطفية المزمنة، أو خرف الكهولة أو اضطرابات الشخصية المصحوبة بسلوك عدواني أو تعاطي مواد مخدرة، أحياناً يتم إحالة المرضى الذين يحتاجون الرعاية بالمستشفى لمدة تزيد عن سنة، غير أولئك في الخدمات الجنائية، تتم إحالتهم إلى' إقامة طويلة جديدة '(بعكس' الإقامة الطويلة القديمة'، الذين كانوا مقيمين بالمستشفى لسنوات كثيرة البدء في برامج إغلاق المستشفى).

المشاكل

هناك طرق عديدة لتصنيف مشاكل المرضى الذين يحتاجون إلى رعاية نفسية طويلة الأجل، يمكن تقسيمهم إلى سبع مجموعات، ثلاث منها مدرجة ضمن تصنيف منظمة الصحة العالمية للإعاقة، على أساس المشاكل التالية:

- أعراض مثل الهلوسة المستمرة أو الأفكار الانتحارية.
- سلوكيات غير مقبولة، مثل ترديد الشتائم، والتهديد أو القيام بأعمال
- العاهات التي تتداخل مع وظائف النظام النفسي أو العضوي، مثل ضعف الذاكرة أو عدم وجود الدافع
- الإعاقات التي تتداخل مع أنشطة الشخص كله، مثل القدرة على ارتداء الملابس.
- الإعاقات التي ينتج عنها عيوب اجتماعية مباشرة — على سبيل المثال، عدم القدرة على العمل، أو للعناية بالأطفال.
- العيوب الاجتماعية الأخرى والتي ليس لها علاقة مباشرة بالإعاقة، ولكنها كتبعات لمواقف وصم الآخرين لهم - على سبيل المثال البطالة، والفقر، والتشرد.
- ردود الفعل الشخصية السلبية للمرض والعيوب الاجتماعية — على سبيل المثال، انخفاض احترام الذات، واليأس، وإنكار المرض، أو إساءة استعمال العقاقير .

اقترح وينج Wing وفيرلونج Furlong (1986) قائمة بخصائص المرضى التي تجعل من الصعب علاج الفرد داخل المجتمع، وتلك القائمة لا تزال مفيدة (انظر الجدول ٢١-٣)، المرضى الذين يعانون من مشاكل حادة ومستمرة من هذا النوع

قد يحتاجون الرعاية في دار إقامة يعمل بشكل جيد، أو في المستشفى التي يمكن أن توفر التأهيل المناسب والأمن.

جدول 21-3 خصائص المرضى التي تجعل من الصعب علاج الفرد داخل المجتمع

مخاطرة إيذاء الذات أو الآخرين
السلوك غير المتوقع واحتمال الانتكاس
تعاطي المواد المخدرة
ضعف الدافع وضعف القدرة على الإدارة الذاتية أو لأداء الأدوار الاجتماعية
عدم وجود الوعي بالحاجة للعلاج
انخفاض القبول العام

متطلبات خدمة المجتمع توفير الرعاية الطويلة الأجل

Requirements of a community service providing long-term care

إذا كان المرضى الذين يعانون من اضطراب نفسي سيتم علاجهم في المجتمع، فمن الضروري توفير جميع عناصر الرعاية التي كانوا سيحصلون عليها في المستشفى، الأحكام السبعة التالية مطلوبة لتحل محل الرعاية طويلة الأجل في المستشفى:

1- الأشخاص مقدمو الرعاية المناسبون والمدعمون على نحو جيد.
2- الإقامة اللائقة.
3- الاختصاص المناسب
4- الترتيبات التي تحث تعاون المريض مع العلاج.
5- إعادة تقييم منتظمة، بما في ذلك تقييم الصحة البدنية .
6- التعاون الفعال بين مقدمي الرعاية.
7- استمرارية الرعاية والاستجابة السريعة للأزمات.

ويتطلب الأمر ترتيبات معقدة ومكلفة لجعل هذه العناصر السبعة متاحة بسهولة في المجتمع كما هو الحال في المستشفى، والافتقار إلى هذه الترتيبات قد يترك المرضى دون مأوى، دون مهنة بنّاءة، ودون علاج كافٍ، وبدون مقدمي الرعاية، فشل الرعاية المجتمعية أيضاً يترك مقدمي الرعاية دون دعم ويعرقل الحياة الأسرية،

عندما بدأت الرعاية المجتمعية، كانت معنية بشكل رئيسي بالمرضى الذين أصبحوا مؤهلين مؤسسياً ومتوافقين بعد سنوات عديدة في المستشفى، وكثيراً ما يمكن التعامل مع هؤلاء المرضى في المجتمع دون صعوبة كبيرة، المرضى الأصغر سنا الذين قضوا وقتاً أقل في المستشفى غالباً ما يكونوا أقل توافقاً وأكثر صعوبة في التعامل معهم .

مقدمو الرعاية The carers

عندما يعيش المصابون بمرض عقلي حاد في المنزل، تكون العائلة والأصدقاء هم مقدمي الرعاية الرئيسيين، حيث أنهم يقدمون قدراً كبيراً من المساعدة التي كانت ستقدمها الممرضات إذا ظل المريض في المستشفى، على سبيل المثال، قد يشجعون المريض على الحصول على النهوض صباحاً والمحافظة على النظافة الشخصية، وتناول وجبات منتظمة وشغل وقته أو وقتها بطريقة بناءة، يقوم مقدمو الرعاية أيضاً بتشجيع التعاون مع العلاج، وإذا كان المرضى لديهم العديد من المشاكل السلوكية، فإن المشاركة لفترة طويلة في العناية بهم. تكون مرهقة، حينئذٍ قد يحتاج مقدمو الرعاية إلى المشورة والدعم، وفي بعض الأحيان فترات راحة، يلعب مقدمو الرعاية المتطوعون دوراً هاما في العديد من أنظمة الرعاية المجتمعية. يمكن أن تساعد المتطوعون المدربون في دعم المرضى وأسرهم، وبعض المنظمات الخيرية اقرم بتوظيف مقدمي الرعاية المحترفين، مثل موظفي الفندق، وتؤدي ممرضات الطب النفسي المجتمعي دوراً جوهريا في الرعاية المجتمعية بدعم المرضى ومقدمي الرعاية، وتقييم

المرضى والإشراف على العلاج بالعقاقير، وتشجيع التفاعل الاجتماعي .المراقبة هامة بشكل خاص للمرضى ذوي الحالات النفسية غير المستقرة، والذين قد يتصرفون بطريقة مهددة أو خطيرة عندما يشعرون بالانزعاج .

الإقامة Accommodation

لدى المرضى الذين خرجوا من المستشفى احتياجات واضحة للغذاء والمأوى، والعديد منهم يعيشون مع أسرهم، والبعض يقومون برعاية أنفسهم في مساكن مستأجرة، البعض الآخر بحاجة إلى مزيد من المساعدة التي يمكن تقديمها بثلاث طرق.

في المساكن

بعض الناس على استعداد لاستقبال المرضى المصابين باضطرابات عقلية كسكان وتقديم مزيد من العناية لهم، وهذه الممارسة تعمل بشكل جيد في بعض البلدان، ولكن لم تعتمد على نطاق واسع في المملكة المتحدة .

في منازل مجموعة

بعض المرضى قادرون على العيش في منازل المجموعة (أي المنازل التي يعيش فيها أربعة أو خمسة من المرضى معا)، قد تكون ملكية المنازل للخدمات الاجتماعية أو الصحية أو لمؤسسة خيرية، السكان غالبا ما يكونوا مصابين بالفصام ولديهم إعاقات اجتماعية ولكن عدد قليل من الأعراض الإيجابية، يتم اختيارهم كونهم قادرين، مع الآخرين، على أداء المهام الأساسية لتشغيل المنزل، مع استخدام كل شخص من الآخرين قدراتهم المتبقية، يتلقى الأشخاص الذين يعيشون في منازل المجموعة دعماً وإشرافاً منتظمين، عادة من ممرضات مجتمعيات أو إخصائيين اجتماعيين، الأمر الذي يضمن أن الترتيبات تعمل بشكل جيد، ويشجع السكان على تحمل المسؤولية قدر الإمكان .

في دور الإقامة

يتم توفير الرعاية السكنية طويلة المدى في دور الإقامة، بالنسبة لبعض الناس، دور الإقامة هي منازل في منتصف الطريق حتى ينتقلوا إلى حياة أكثر استقلالاً، يحتاج البعض الآخر إلى البقاء في دار الإقامة لفترة تمتد لسنوات، على الرغم من أن معظم سكان دور الإقامة يعيشون حياة مستقلة إلى حد ما، تتطلب عدد قليل من ذوي الإعاقة رعاية إضافية .تختلف مستويات الإشراف، الموظفين قد ينام المشرفون ليلا، أو قد يظلوا مستيقظين كما هو الحال في جناح مستشفى.

العمل Occupation

قد يرغب بعض المصابين باضطرابات نفسية شديدة طويلة الأمد، قد يرغبون في العمل، والبعض منهم يمكنهم العمل بصورة طبيعية، ويحتاج الآخرين للمساعدة، والتي يمكن أن تكون بأنواع متعددة:

- التأهيل المهني هو أعرق نهج متبع، يتم توفير التدريب المكثف لتطوير المهارات والثقة اللازمين للعمل التنافسي، قد يكون التدريب في الورش المحمية أو أطقم عمل، أو في وظيفة انتقالية يعمل بها الشخص المريض عقلياً لبعض الوقت في وظيفة مدفوعة الأجر و'مملوكة 'لنظام إعادة التأهيل، للأسف، بعض المرضى يحققون تقدم لفرص العمل المفتوحة .
- نموذج النادي هو شكل متخصص من التأهيل المهني الذي يقوم حول المبنى الذي يتم إدارته وصيانته بشكل مشترك من قبل أشخاص يعانون من مرض عقلي) بيرد وآخرون Beard et al، (1987 ، نشأ هذا النموذج في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد رسخ نفسه دولياً ولكن ليس على نطاقٍ واسع .
- وضعت العمالة المدعومة أصلاً للأشخاص الذين يعانون من صعوبات التعلم، يتم وضع الأفراد في عمل تنافسي دون أي تحضير موسع، ولكن مع الدعم في الوظيفة (بوند وآخرون Bond et al، 1997)، أنه ثبت في العديد من التجارب العشوائية الخاضعة للرقابة) بوند وآخرون Bond et

(al., 2008 أنها أكثر فاعلية بصورة ملحوظة من التأهيل المهني في الحصول على فرص العمل المفتوحة، معظم الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية، ولكن نقلاً عن دراسات أوروبية (بيرنز وآخرونBurns et al, 2007 .) وأكد كفاءة متساوية (أكثر من 50%من مرضى الذهان قد أصبحوا موظفين) ، وهي سياسة حكومية في المملكة المتحدة، وعنصر من عناصر برنامج تحسين الوصول للعلاج النفسي، ولكن القانون لا يزال غير مكتمل .

- الورش المحمية الخاصة حيث يمكن للناس أن يعملوا عملاً منتجاً ولكن ببطء أكثر مما يمكن أن يكون مقبولاً في أي مكان آخر، ويشمل هذا العمل البستنة وصنع المشغولات .
- الأنشطة التطوعية .بعض المرضى الذين لا يستطيعون تلبية متطلبات ورش العمل المحمية يمكنهم القيام بأنشطة تطوعية.
- المعالجة بالعمل، يحتاج الأشخاص الذين يعانون من حالات إعاقة شديدة إلى العلاج المهني من أجل تجنب الشعور بالملل، في إطار التحفيز، وعدم وجود الاتصالات الاجتماعية، وغالباً ما تقدم هذه الأنشطة المهنية في مستشفيات اليوم الواحد أو المركز النهارية.

إعادة التقييم Reassessment

يتطلب من المرضى الذين يعيشون خارج المستشفى القيام بإعادة نفس التقييم الدوري والذي كانوا سيقومون بإجرائه في حالة الإقامة في المستشفى لمدة طويلة. إعادة التقييم المنتظم عن الحالة النفسية للمريض وبالتعاون مع العلاج عادة يؤديهما عامل رئيسي، والذي غالبا ما يكون ممرضا من المجتمع المحلي، بإعادة تقييم مخطط له من قبل طبيب نفسي ولكن أقل تكرارا. بعض المرضى الذين يعانون من اضطرابات مزمنة ينسون المواعيد، ومن المهم أن يكون هناك نظام للتذكير واتخاذ خطوات فورية لإعادة الاتصال. ومن المهم مراجعة الصحة البدنية إلى جانب الاضطراب النفسي، لأن المرضى الذين يعانون من اضطراب نفسي طويل الأمد قد لا يسعون للحصول على المساعدة لمرض جسدي، أو قد لا يقبلون المساعدة التي يتم تقديمها. وبالتالي فالتقييم الجسدي جزء مهم من مساهمة الممارس العام في رعاية هؤلاء المرضى.

تقييم المخاطر. Risk assessment

ومن الأكثر صعوبة توقع السلوك التهديدي أو الخطر في مجتمع الرعاية عن داخل المستشفى. جزء هام من إعادة التقييم هو التقييم الدوري لدرجة المخاطرة للمريض أو المريضة، أو إلى أشخاص آخرين. ويتضمن هذا التقييم عوامل ثابتة مثل سلوكيات المريض الماضية، وعوامل الخطر الحيوية مثل المستوى الحالي من إساءة استعمال المواد المخدرة أو من الضغوطات النفسية والاجتماعية. تقييم المخاطر يؤدي إلى وضع خطة إدارة المخاطر التي تكوّن عنصر هام من عناصر خطة الرعاية

الشاملة. وقد تم التشكيك في القيمة العلمية للبناء التقييمي للمخاطر (تون Woottonوآخرون، 2008). ومع ذلك، هذه التقييمات ذات قيمة في إثبات أن القرارات السريرية التي اتخذت بعد إيلاء الاعتبار الواجب للآثار المعاكسة المحتملة.

استمرارية الرعاية Continuity of care

يحتاج موظفو الرعاية المجتمعية إلى كسب ثقة المرضى ومعرفتهم جيدا. ولا يمكن تحقيق هذه الأهداف إذا كان هناك تغييرات متكررة داخل طاقم العمل. استمرارية الرعاية أمر مهم، وفريق العمل يجب أن يكون متيقظا للغاية عندما يتولى الرعاية عامل جديد.

الاستجابة للأزمة Response to crisis

يحتاج موظفو الرعاية المجتمعية للاستجابة السريعة للأزمات. فأسر وموظفي المنظمات التطوعية على استعداد لتقبل المرضى بسهولة أكثر إذا كانوا يعرفون أن المساعدة ستكون متاحة بسرعة في حالات الطوارئ. فضلا عن ذلك، يمكن تجنب العودة إلى المستشفى من خلال إجراءات فورية. وتكون خطة الأزمة التي تم الاتفاق عليها مسبقا مع المريض ومقدمي الرعاية مفيدة. ومستويات التوظيف يجب أن تكون كافية للاستجابة السريعة، ويفضل أن يكون من قبل الموظفين الذين يعرفون المريض أو من قبل فريق الطوارئ.

العمل مع الأسرة والمتطوعين

Working with the family and volunteers

الرعاية المجتمعية مكلفة، وفي معظم البلدان الأموال العامة تكون محدودة، ووعليه فالترتيبات غالبا ما تعتمد على التبرعات من قبل الأسر والجماعات التطوعية. ومن المهم أن تشارك هذه الأسر والجماعات التطوعية في تخطيط الخدمات، وأن يكون هناك اتفاقا حول مسؤولياتهم ومسؤوليات الموظفين المهنيين. بدون هذه الاتفاقية، قد يعتقد أعضاء الأسرة أن على عاتقهم الاضطلاع بإفراط في المهام الشاقة، وقد يشعر المهنيون بالقلق لأن المتطوعين يأخذون على عاتقهم مهام تتجاوز قدراتهم. ومن الممارسات الجيدة إشراك الأسر والجماعات التطوعية في تقييم الخدمات.

المكونات الأخرى للخدمة المجتمعية

Other components of a community service

Rehabilitation and recoveryإعادة التأهيل والمعافاة

في الطب النفسي، ويدل مصطلح إعادة تأهيل على الإجراءات المساعدة للمرضى للوصول إلى والمحافظة على أفضل مستوى من الأداء. ويمكن تقديم هذه المساعدة في وحدة المرضى الداخليين، أو مستشفى اليوم الواحد، أو مركز لإعادة التأهيل. والإجراءات المستخدمة في إعادة التأهيل تكون الإجراءات الطبية والنفسية والمهنية والاجتماعية والسكنية.

Medical procedures الإجراءات الطبية

معظم المرضى في برامج إعادة التأهيل يحتاجون إلى أدوية للسيطرة على أعراض الفصام أو الاضطراب العاطفي المزمن.

.Psychological procedures الإجراءات النفسية

وتشمل الأساليب النفسية العلاج الداعم والبرامج السلوكية، والتدريب على المهارات الاجتماعية.

الإجراءات المهنية Occupational procedures.

يساعد العمل على تنظيم اليوم ويوفر فرصة للتفاعل مع أشخاص آخرين. فالنتائج الجيدة يمكن أن تكون مصدرا للاعتزاز بالنفس، والحصول على راتب يعد حافزا إضافيا. وبالنسبة لمعظم الناس فالهدف من ذلك هو العودة إلى العمل العادي؛ وأولئك الذين لا يستطيعون تحقيق هذا يتم تدريبهم لأنشطة مثل البستنة، الحرف اليدوية، والطبخ، والتي يمكن أن توفر الشعور بالإنجاز والاستخدام البنّاء للوقت. وحيثما يكون ذلك ممكنا، يجري التدريب في مرافق المجتمع المحلي العادية من أجل تجنب التفرقة والوصم المحتمل المرتبط بالأنشطة الخاصة.

الإجراءات الاجتماعية Social procedures.

كلما أمكن تطبيق ذلك، الذين ينبغي تشجيع المرضى على الانضمام للمجموعات الاجتماعية التي يحضرها الأشخاص الأصحاء.

الرعاية داخل المستشفى Inpatient care

الأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي على المدى الطويل قد يحتاجون للرعاية داخل المستشفى للعلاج المكثف في بعض الأحيان من الانتكاس، لإعادة التأهيل المكثف، وأحيانا جدا للبقاء فترة طويلة. والمتطلبات الأساسية لوحدة المرضى الداخليين للمرضى الذين يعانون من مرض طويل الأمد متشابهة إلى حد كبير لتلك التي تطبق للمرضى الذين يعانون مرض حاد، إلا أن الإقامة يمكن أن يكون

أشب بالإقامة المنزلية. ومع ذلك، لأن وتيرة وقوة المعاملة عادة ما تكون أبطأ للأشخاص الذين يعانون المرض على المدى الطويل عن أولئك الذين يعانون من الاضطرابات الحادة، فإنه عادة يكون أفضل إذا أمكن ذلك فصل الرعاية لكلا المجموعتين. المرضى الذين يعانون من سلوك مضطرب بشدة بحاجة إلى مناطق آمنة تتاح بشكل كاف مع مساحة في الهواء الطلق، والأنشطة المهنية والاجتماعية إما في نفس المبنى أو بالقرب منه.

الخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة

Services for people with particular needs

وقد حدد العمل السريري والبحوث عدة مجموعات من المرضى ذوي الاحتياجات التي لا يمكن تلبيتها بالكامل في الخدمات النفسية المعتادة، والذين يحتاجون إلى اهتمام خاص.

أعضاء الأقليات العرقية والمهاجرين

Members of ethnic minorities and migrants

أعضاء الأقليات العرقية والمهاجرين لديهم احتياجات خاصة تتعلق بثقافتهم. وللكثير منهم أيضا احتياجاتهم المتعلقة بالفقر وغيره من أنماط الحرمان الاجتماعي، والبعض الآخر من احتياجات المهاجرين أو اللاجئين مؤخرا. وأعضاء الأقليات العرقية هم أيضا الأكثر عرضة للتمييز. والاختلافات بين اثنين من الأقليات العرقية قد تكون أكبر من تلك التي بين مجموعة الأقلية الأولى وعامة السكان. وبالتالي ليس هناك نمط واحد أفضل من الخدمة المطبقة على أفراد من جميع الأقليات العرقية. ومع ذلك، فإن النقاط العامة التالية تكون ذات صلة على نطاق واسع.

استخدام الخدمات Use of the services

أفراد الأقليات العرقية هم أقل إمكانية من غيرهم لاستخدام الخدمات المقدمة لغالبية السكان. فهم الأقل احتمالا لاستشارة الممارسين العامين عندما يكون لديهم اضطراب نفسي، ولقبول الإحالة إلى خدمات الطب النفسي، والامتثال للعلاج النفسي. وحين يطلب أفراد الأقليات العرقية المساعدة، فالموظفين المهنيين أقل احتمالا لتحديد نوع الاضطراب النفسي، وأقل قدرة على شرح المرض والعلاج من حيث المفاهيم التي تأخذ في الاعتبار المعتقدات الثقافية والمعلومات الأساسية للمريض. هذه المشاكل وغيرها من المشاكل، ستناقش أدناه، ليست بسبب عدم إتقان اللغة الإنجليزية ولكن، الأهم من ذلك، ما يعود إلى الاختلافات الثقافية.

في المملكة المتحدة، تم دراسة هذه المشاكل خصيصا بين فئات السكان من أصل آسيوي والمنحدرين من منطقة البحر الكاريبي. السكان من أصل آسيوي يستشيرون الممارسين العامين على نحو أكثر تواترا عن معظم الظروف أكثر مما يفعل الأفراد من عامة السكان، لكن استشارتهم تكون أقل عن الأعراض النفسية (موراي ويليامز، 1986؛ Gillam وآخرون، 1989)، وغالبا ما تكون استشارتهم عن الأعراض الجسدية. في بعض الأقليات العرقية، يتم تجنب الإحالة إلى طبيب نفسي لأنه يمكن أن يؤثر على احتمالات الزواج.

تحت التعرف على الاضطراب النفسي

Under-recognition of psychiatric disorder

هناك سببان يفسران لماذا قد يفشل الممارسين العامين وطاقم عمل الأمراض النفسية في التعرف على الاضطراب العقلي في أفراد الأقليات العرقية. أولا، قد يكون هناك مشاكل التواصل، والتي يمكن جزئيا أن يمكن التغلب عليها بتوفير الأطباء الذين هم أفراد من هذه الأقلية العرقية أو عن طريق توفير المترجمين. ثانيا، إبراز الاضطرابات النفسية قد يختلف بين أفراد الأقليات العرقية وعامة السكان.

تقديم الخدمات Provision of services

تم اقتراح نهجين. أما خدمات خاصة يمكن تقديمها أو يمكن بذل الجهود لتقديم كافة الخدمات الثقافية المؤهلة للتعايش مع المجتمع الجديد. ومزايا هذه الخدمات المخصصة تكون جلية، أما عيوبها فهي كما يلي:

- إنها قد تفرض بالقوة العزلة عن السواد الأعظم من السكان.
- هي عملية وفعالة من حيث التكلفة فقط عندما يكون سكان الأقليات العرقية لا يستهان بهم ومجموعات متجانسة نسبيا.

المشردين والمصابين بأمراض عقلية

Homeless mentally ill people

عندما أغلقت المستشفيات، كان يُخشى من أن العديد من المرضى الذين خرجوا سوف يصبحون بلا مأوى، ولكن عندما تم التخطيط لهذا الإغلاق بعناية، عدد قليل منهم أصبح كذلك (ليف Leff، 1993؛ هاريسون Harrison وآخرون، 1994). على الرغم من ذلك، فقد وجدت الدراسات الاستقصائية معدلات عالية من الاضطراب النفسي المزمن بين المقيمين في نزل المشردين (فاضل Fazel وآخرون، 2008). وكانت الاضطرابات الأكثر شيوعا إدمان الكحول (8-58٪) والاعتماد على المخدرات (45-54٪). المرض الذهاني والاكتئاب الشديد كلٌ تراوح بين 3٪ إلى 42٪. وقد ازداد الاعتماد على الكحول خلال العقود الأخيرة.

الشباب ذوي الاضطراب النفسي المستمر

Young people with persisting psychiatric disorder

معظم المرضى النفسيين يمكن علاجهم عن طريق إقامة قصيرة في وحدة الطب النفسي تليها الرعاية المجتمعية المركزة. ومع ذلك، هناك مجموعة هامة، تتكون أساسا من الشباب الذين يعانون من مرض ذهاني متواصل، والذين يحتاجون إلى رعاية طويلة. مثل هؤلاء الناس لا يناسبهم تماما الالتحاق

بجناح الحالات الحادة، ومساعدتهم أكثر عن طريق العلاج في بيئة أقل إرهاقا. والكثير يمكن رعايتهم في نزل يعمل بشكل جيد ('نزل مستشفى')، شريطة أنه يمكن قبولهم في وحدة الاضطرابات النفسية الحادة إذا انتكست اضطراباتهم. وعند التخطيط للخدمات المجتمعية، لا بد من الاعتراف بأن العديد من أعضاء هذه المجموعة من المرجح أن يحتاجوا العناية المركزة طوال حياتهم. وقد تم إدخال خدمات التدخل المبكر لذوي الحلقات الأولى من الذهان. تم وصفها في ص. 294

المرضى ذوي السلوكيات المتحدية Patients with challenging behavior

معظم هؤلاء المرضى لديهم مرض انفصام الشخصية، وغالبا ما يرافقه اضطراب في الشخصية أو تعاطي الكحول أو المخدرات. وهناك عدد قليل لديهم تلف في الدماغ. في الماضي، ظلت هذه المجموعة الصغيرة في المستشفى لسنوات عديدة، بينما يمكن تحديد فترات السلوك العدواني في وقت مبكر ومعالجتها بسرعة. أغلبهم الآن يتم رعايتهم مجتمعياً، حيث أنهم يحتاجون رقابة مكثفة، وتوافراها يعد أمراً مكلفاً وقد لا يكون مقبولا بسهولة من قبلهم. وحتى مع إشراف مكثف، غالبا ما يصعب التنبؤ بالسلوكيات ذات المشاكل. وحيث أن السلوك العدواني يعد إنذاراً لتعرض الآخرين للخطر، يميل الجمهور للحكم على فاعلية الخدمة النفسية على أساس قدرتها على رعاية هذه المجموعة الصغيرة. لا يمكن التعامل مع هؤلاء المرضى

بشكل جيد في وحدة الأمراض النفسية العامة، حيث أن سلوكهم العدواني أو غير المتوقع قد يثير ذعر مرضى آخرين، وهناك حاجة لوحدات خاصة. والبعض يحتاج الرعاية طويلة الأجل في مكان إقامة محمي ومزود بهيئة موظفين جيدة.

الأطباء الذين يعانون من مشاكل نفسية Doctors with psychiatric problems

على الرغم من أن الأطباء قد حاولوا الحد من وصمة العار المرتبطة بالاضطراب النفسي، إلا أن كثيراً منهم لا يطلبون المساعدة إذا ما ظهرت عليهم هم أنفسهم مثل هذه الاضطرابات. فمن المفيد توفير ترتيبات خاصة لتمكين الأطباء المرضى نفسياً (وغيرهم من العاملين في مجال الصحة النفسية) من الحصول على العلاج بعيداً عن مكان عملهم. إذا سعى الموظفون للحصول على العلاج بشكل مناسب، يجب أن يكون هناك قبولاً أكثر للاضطراب النفسي نفسي داخل مهنة الطب، مع الترتيبات المناسبة للفترة التي تلي الرعاية العودة إلى العمل بشكل تدريجي (وفي بعض الحالات تحت الإشراف). يجب أن تناقش هذه المسألة بانفتاح خلال التعليم الطبي والتدريب. وعندما يكون الاضطراب النفسي مزمن أو متكرر، يواجه مشاكل صعبة تتعلق بقابلية تطبيق العلاج.

اللاجئون

لدى اللاجئين المشاكل العامة لأعضاء مجموعات الأقليات العرقية (المذكورة أعلاه)، مع المشاكل الخاصة المترتبة على التجارب التي دفعتهم إلى البحث عن ملجأ في بلد آخر. وتشمل هذه التجارب الاضطهاد أو الإصابة الجسدية أو التعذيب أو الاغتصاب، ورؤية إصابة أو تعذيب أو اغتصاب أحبائهم، وفجيعة فقداهم. وتشمل العواقب المشكلات الطبية العامة وكذلك المشكلات النفسية. والأخيرة في الأساس هي اضطراب إجهاد ما بعد الصدمة والاضطراب الاكتئابي، مع وجود اختلافات ثقافية محددة مثل غلبة الأعراض الجسدية في الاضطرابات الاكتئابية. يحتاج اللاجئون إلى رعاية طبية ونفسية متكاملة من فريق الذي على دراية بالعوامل الثقافية. الرعاية المتكاملة هامة لأن الاضطرابات العامة والنفسية تحدثان معاً، ولأن اللاجئين غالباً ما يأتون من ثقافات حيث الألم والاضطراب النفسي يظهر عموماً من خلال الأعراض الجسدية. بالإضافة إلى ذلك، يتردد عمال الإغاثة في بعض الأحيان في إحالة اللاجئين إلى الخدمة نفسية فقط التي يعتقدون أنها غير مناسبة لما يبدو استجابة طبيعية لظروف عصيبة ساحقة.

يجب أن يكون الموظفين الذين يقدمون الخدمات للاجئين من ذوي الخبرة في علاج حالات ما بعد الصدمة، وينبغي دعمهم بالمترجمين الفوريين. كما أن هناك ضرورة لوجود موظفات سيدات بين الموظفين لمساعدة اللاجئين من النساء، وخاصة أولئك الذين تعرضوا للاغتصاب. ويجب أن يكون الموظفين الآخرين لديهم خبرة في علاج الأطفال والمراهقين. لمراجعة المشاكل النفسية للاجئين، انظر موليكا

وآخرون .Mollica et al (2009)، ولمراجعة هذه المشاكل بين الأطفال والمراهقين اللاجئين، انظر فازل وآخرون .Fazel et al (2005).

بعض الصعوبات في الرعاية المجتمعية

العبء على الأقارب

إذا كان هناك أعضاء من الأسرة هم من عليهم تحمل مسؤولية المرضى، بتوفير المسكن لهم، وتشجيع السلوك التكيفي، والإشراف على أدويتهم، والإبلاغ عن علامات الانتكاس، فإنهم بحاجة إلى أن يكونوا جيدي الاطلاع، ويتم دعمهم بصورة كافية، ولديهم القدرة على الحصول على المساعدة في حالات الطوارئ. يكون هذا الدعم مضيعة للوقت، ونادرا ما يتوفر ما لم تكن الرعاية المجتمعية جيدة الموارد وتعطى احتياجات الأسرة أولوية عالية. أبلغ العديد من مقدمي الرعاية عن سوء الاتصال من خدمات الطب النفسي (على سبيل المثال، حول خطط الخروج). يواجه الموظفون صراعاً مستمراً نحو واجبهم بالتزام السرية للمريض ورغبتهم في دعم وإبلاغ الأقارب. وليس هناك إجابة سهلة لهذه المعضلة. يذكر أيضاً مقدمو الرعاية أيضاً صعوبة التعامل مع الأعراض السلبية والسلوك المحرج اجتماعياً أو العدواني. يجب دائماً أن تضع خطط الرعاية في الاعتبار الآثار المحتملة للمرض المصاب به المريض على أي أطفال في المنزل.

المشاكل المتعلقة بتوزيع الموارد

عندما تكون الموارد محدودة، يكون هناك صراع بين احتياجات المرضى الذين يعانون من اضطرابات حادة واحتياجات المرضى الذين يعانون من الاضطرابات النفسية المزمنة. ويكون الصراع أكثر وضوحاً في الرعاية الصحية الأولية، حيث أن المجموعة الأولى من المرضى عموما أكثر تطلباً للرعاية وأكثر استجابة لها.

المشاكل المتعلقة بتنسيق الخدمات

في معظم البلدان، يتم توفير الرعاية الصحية للإقامة الطويلة في المستشفيات للمرضى الذين يعانون من اضطراب نفسي مزمن من قبل وكالة واحدة (هيئة تابعة للمستشفى). تتطلب الرعاية المجتمعية تنسيق العمل من عدة وكالات، كل واحدة منها لدى كلٍ منها عادة المسؤوليات مختلفة عن الأخرى، مثلا، إدارات الخدمات الاجتماعية لديها مسؤوليات تجاه الأطفال الأصحاء عقلياً والمسنين وكذلك للمرضى النفسيين. هذه المسؤولية الكبيرة تولد مشاكل مستحيلة فيما يتعلق بتخصيص الموارد. والتفاوض المنتظم هو الموقف الوحيد الممكن.

مبادئ الخدمة الدولية

يجب تحديد الأولويات في البلدان قليلة الموارد النفسية المختصة. وقد حددت منظمة الصحة العالمية (1984) أربع أولويات:

1- الاستجابة السريعة لحالات الطوارئ النفسية.

2- أحكام الاضطراب النفسي الشديد المزمن.

3- رعاية الاضطرابات النفسية المرتبطة بمرض طبي عام.

4- رعاية أيٍ من الفئات المعرضة للخطر التي يتم العثور عليها في البلاد (على سبيل المثال، متعاطو المخدرات).

تدعو منظمة الصحة العالمية إلى تدريب العاملين في مجال المساعدة الذين يمكن أن يكملوا جهود الموظفين المدربين تدريباً كاملاً. وبالتالي في البلدان قليلة العدد في الأطباء النفسيين المدربين، يمكن استخدام الموارد على نحو أكثر فاعلية من خلال تحسين مهارات الممرضات الذين يستطيعون أداء القيام بدور الصف الأول في التعامل مع الاضطرابات النفسية، بدعم من الممارسين العامين.